

**Legge regionale 11 luglio 1997, n. 31****Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.**

*(B.U.R.L. 11 luglio 1997, n. 28, 2° suppl. ord.)*

***Art. 1. – I principi generali***

1. Nel rispetto della dignità della persona umana e del diritto costituzionale alla tutela della salute, esercitato secondo le modalità previste dalla presente legge, nonché attraverso la facoltà di libera scelta del cittadino, secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale e provinciale, la regione, riconoscendo la piena parità dei diritti e dei doveri tra soggetti erogatori a contratto a carico del servizio sanitario regionale, disciplina il servizio sanitario regionale e i servizi socio-assistenziali stabilendo i principi in base ai quali:

- a) sono determinati gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie;
- b) viene riordinata la rete delle strutture ospedaliere;
- c) sono definite le funzioni e i compiti delle Aziende;
- d) viene promossa e favorita l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli enti locali, fermo restando il finanziamento a carico del fondo sanitario regionale, ai sensi dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario svolte nelle strutture, presidi e servizi assistenziali. In ogni caso non possono gravare sul fondo sanitario regionale oneri diversi da quelli riferiti alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario. A tali fini è istituito il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, di seguito denominato "Dipartimento per le A.S.S.I.", quale articolazione organizzativa delle Aziende sanitarie locali, di seguito denominate "A.S.L.";
- e) concorrono alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria gli enti pubblici, gli enti non profit e i soggetti privati, secondo le specifiche loro peculiarità. È promossa la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale <sup>(1)</sup>.

2. Le norme della presente legge si ispirano al principio della sussidiarietà solidale tra le persone, le famiglie, gli enti pubblici e i soggetti privati accreditati erogatori dei servizi, al fine di fornire le prestazioni necessarie ai cittadini.

3. La regione esercita funzioni di legislazione e di programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende sanitarie e degli altri soggetti, pubblici o privati, esercenti attività sanitarie, socio-assistenziali di rilievo sanitario e socio-assistenziali.

<sup>(1)</sup> Il comma è stato modificato dalla lett. a) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

4. La regione assicura la erogazione dei livelli uniformi di assistenza previsti dalla legislazione nazionale ed eventualmente assicura livelli più elevati sulla base di proprie risorse. Dispone contestualmente in ordine al reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale, nonché alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini.

5. Con deliberazione del consiglio regionale viene approvato, per ogni triennio, il piano socio-sanitario, nel quale vengono indicate le attività sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario da erogare per ognuno dei livelli uniformi di assistenza, precisando:

- a) il quadro previsionale dei bisogni socio-sanitari della popolazione lombarda;
- b) gli indicatori in riferimento ai quali debbono essere determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli uniformi di assistenza;
- c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- d) i progetti obiettivo e le azioni programmate da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno, definendone le modalità di finanziamento.

6. La regione individua nella gestione integrata la forma ritenuta idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle attività socio-assistenziali di competenza degli enti locali. La gestione integrata è attuata attraverso la delega di funzioni socio-assistenziali degli enti locali, cui restano a carico gli oneri relativi, alle Aziende sanitarie prevista dall'art. 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e sue successive modificazioni ed integrazioni, di seguito indicati come "decreti di riordino", ovvero attraverso i consorzi o le altre forme associative previste dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, tra comuni o tra Comunità montane. Al fine di favorire la gestione associata dei comuni, nell'ambito delle A.S.L., la regione interviene con specifiche forme di finanziamento e con modalità definite nell'ambito della programmazione. Con proprio atto la giunta regionale certifica il sistema di qualità delle istituzioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali e definisce gli indicatori e gli standard del controllo di qualità regionale ai fini amministrativi.

7. Il piano sanitario regionale, in sede di prima applicazione per il triennio 1997/99 è adottato, su proposta della giunta, dal consiglio regionale, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge; entro la stessa data è approvato il piano socio-assistenziale regionale.

8. Per i trienni successivi, su proposta della giunta, il consiglio regionale provvederà ad elaborare il piano socio-sanitario regionale quale strumento di programmazione unico ed integrato come stabilito al precedente 5° comma.

### ***Art. 2. – Le Aziende sanitarie locali***

1. La regione istituisce le Aziende sanitarie in applicazione a quanto previsto dai decreti di riordino ed individua gli altri soggetti erogatori dei servizi sanitari e socio sanitari, specificando i requisiti per la autorizzazione

alla erogazione delle prestazioni. Le Aziende sanitarie territoriali assumono la denominazione di “Azienda sanitaria locale” (A.S.L.).

**2.** La regione, sentite le province, modifica gli ambiti territoriali delle U.S.S.L. così come definiti dalla legge regionale 15 settembre 1993, n. 28, ed istituisce le seguenti A.S.L., per ciascuna delle quali viene indicata a fianco la sede legale provvisoria:

- A.S.L. della provincia di Bergamo  
Sede provvisoria di Bergamo;
- A.S.L. della provincia di Brescia  
Sede provvisoria di Brescia;
- A.S.L. di Valcamonica-Sebino  
Sede provvisoria di Breno;<sup>(2)</sup>
- A.S.L. della provincia di Como  
Sede provvisoria di Como;
- A.S.L. della provincia di Cremona  
Sede provvisoria di Cremona;
- A.S.L. della provincia di Lecco  
Sede provvisoria di Lecco;
- A.S.L. della provincia di Lodi  
Sede provvisoria di Lodi;
- A.S.L. della provincia di Mantova  
Sede provvisoria di Mantova;
- A.S.L. della città di Milano  
Sede provvisoria di Milano;
- A.S.L. della provincia di Milano 1  
Sede provvisoria di Legnano;
- A.S.L. della provincia di Milano 2  
Sede provvisoria di Melegnano;
- A.S.L. della provincia di Milano 3  
Sede provvisoria di Monza;
- A.S.L. della provincia di Pavia  
Sede provvisoria di Pavia;
- A.S.L. della provincia di Sondrio  
Sede provvisoria di Sondrio;
- A.S.L. della provincia di Varese  
Sede provvisoria di Varese.

**3.** Gli ambiti territoriali delle A.S.L. coincidono con le circoscrizioni delle province esclusa fatta per il comune di San Colombano al Lambro, che fa parte integrante della A.S.L. di Lodi, e per i comuni appartenenti all’A.S.L. di Vallecamonica-Sebino come indicato dal presente articolo<sup>(3)</sup>.

Per le A.S.L. di Milano, gli ambiti territoriali restano così definiti:

---

<sup>(2)</sup> L’alinea è stato aggiunto dal primo comma dell’art. 1 della L.R. 10 agosto 1998, n. 15.

<sup>(3)</sup> Il periodo già modificato dall’art. 1 della L.R. 10 agosto 1998, n. 15 è stato sostituito dal decimo comma dell’art. 4 della L.R. 12 agosto 1999, n. 15.

– A.S.L. della città di Milano, con sede provvisoria a Milano, coincide con il territorio del comune di Milano;

– A.S.L. di Milano 1, con sede provvisoria a Legnano, comprende il territorio dei comuni di:

Assago – Buccinasco – Cesano Boscone – Corsico – Cusago – Trezzano sul Naviglio – Bollate – Cesate – Garbagnate Milanese – Limbiate – Novate Milanese – Paderno Dugnano – Senago – Arese – Cornaredo – Lainate – Pero – Pogliano Milanese – Pregnana Milanese – Rho – Settimo Milanese – Vanzago – Arconate – Bernate Ticino – Buscate – Busto Garolfo – Canegrate – Casorezzo – Castano Primo – Cerro Maggiore – Cuggiono – Dairago – Inveruno – Legnano – Magnago – Nerviano – Nosate – Parabiago – Rescaldina – Robecchetto Induno – S. Giorgio su Legnano – S. Vittore Olona – Turbigo – Villa Cortese – Vanzaghella – Abbiategrasso – Albairate – Arluno – Bareggio – Besate – Boffalora Sopra Ticino – Bubbiano – Calvignasco – Cassinetta di Lugagnano – Cisliano – Corbetta – Gaggiano – Gudo Visconti – Magenta – Marcallo Casone – Mesero – Morimondo – Motta Visconti – Ossona – Ozzero – Robecco sul Naviglio – Rosate – S. Stefano Ticino – Sedriano – Vermezzo – Vittuone – Zelo Surrigone – Ceriano Laghetto – Cogliate – Lazzate – Misinto – Solaro;

– A.S.L. di Milano 2, con sede provvisoria a Melegnano, comprende il territorio dei comuni di:

Basiglio – Binasco – Casarile – Lacchiarella – Locate Triulzi – Noviglio – Opera – Pieve Emanuele – Rozzano – Vernate – Zibido S. Giacomo – Carpiano – Cerro al Lambro – Colturano – Dresano – Mediglia – Melegnano – Pantigliate – Paullo – Peschiera Borromeo – S. Donato Milanese – S. Giuliano Milanese – S. Zenone al Lambro – Tribiano – Vizzolo Predabissi – Bellinzago Lombardo – Bussero – Cambiagio – Carugate – Cassano d’Adda – Cassina de’ Pecchi – Cernusco sul Naviglio – Gessate – Gorgonzola – Inzago – Liscate – Melzo – Pessano con Bornago – Pioltello – Pozzuolo Martesana – Rodano – Segrate – Settala – Trucazzano – Vignate – Vimodrone;

– A.S.L. di Milano 3, con sede provvisoria a Monza, comprende il territorio dei comuni di:

Agrate Brianza – Aicurzio – Arcore – Basiano – Bellusco – Bernareggio – Burago di Molgora – Busnago – Campearada – Caponago – Carnate – Cavenago Brianza – Concorezzo – Cornate d’Adda – Correzzana – Grezzago – Lesmo – Masate – Mezzago – Ornago – Pozzo d’Adda – Roncello – Ronco Briantino – Sulbiate – Trezzano Rosa – Trezzo sull’Adda – Usmate Velate – Vaprio d’Adda – Vimercate – Albiate – Besana Brianza – Biassono – Briosco – Brugherio – Carate Brianza – Lissone – Macherio – Monza – Renate – Sovico – Triuggio – Vedano al Lambro – Veduggio Colzano – Verano Brianza – Villasanta – Barlassina – Bovisio Masciago – Cesano Maderno – Desio – Giussano – Lentate sul Seveso – Meda – Muggiò – Nova Milanese – Seregno – Seveso – Varedo – Bresso – Cinisello Balsamo – Cologno Monzese – Cormano – Cusano Milanino – Sesto San Giovanni.

Per la A.S.L. di Vallecamonica-Sebino, l'ambito territoriale resta così definito:

– A.S.L. di Vallecamonica-Sebino, con sede provvisoria a Breno comprendente il territorio dei comuni di:

Angolo Terme, Artogne, Berzo Demo, Berzo Inferiore, Bienno, Borno, Braone, Breno, Capodiponte, Cedegolo, Cerveno, Ceto, Cevo, Cimbergo, Civate Camuno, Corteno Golgi, Darfo Boario Terme, Edolo, Esine, Gianico, Incudine, Losine, Lozio, Malegno, Malonno, Monno, Niardo, Ono San Pietro, Ossimo, Paisco Loveno, Paspardo, Piancamuno, Piancogno, Ponte di Legno, Prestine, Saviero dell'Adamello, Sello, Sonico, Pisogne, Temù, Vezza d'Oglio, Vione<sup>(4)</sup>.

4. Le A.S.L. tutelano la salute dei cittadini garantendo i livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale a tutti coloro che ne hanno titolo, anche se residenti in ambiti territoriali diversi dalla regione. Le A.S.L. assicurano tali livelli principalmente attraverso l'attivazione con i soggetti erogatori pubblici o privati degli accordi previsti dall'art. 8, comma 5, dei decreti di riordino.

5. Fermo il principio della libera scelta da parte del cittadino, le A.S.L. provvedono, altresì, a gestire direttamente l'erogazione delle prestazioni ritenute necessarie per soddisfare i livelli uniformi di assistenza non affidati a professionisti titolari delle convenzioni di cui all'art. 8, comma 1, dei decreti di riordino, non acquisite dai soggetti erogatori pubblici o privati accreditati di cui all'art. 8, comma 5, dei decreti di riordino e non altrimenti assicurate da terzi.

6. Le A.S.L., soddisfatte prioritariamente le necessità del servizio sanitario regionale, possono produrre e rendere disponibili a terzi, contro corrispettivo, volumi di prestazioni o altri servizi sanitari, fermo in ogni caso il vincolo di pareggio del bilancio. Sono assegnate altresì alle A.S.L. che le esercitano tramite il dipartimento per le A.S.S.I., istituito ai sensi del successivo art. 8, le seguenti funzioni:

- a) la predisposizione degli atti di programmazione, integrazione e coordinamento in ambito socio-assistenziale per l'intera zona di competenza;
- b) la competenza programmatoria e gestionale delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario afferenti l'area materno infantile e dell'età evolutiva, la tossicodipendenza e l'alcooldipendenza, l'assistenza ai disabili, l'assistenza agli anziani non autosufficienti;
- c) la gestione delle attività socio-assistenziali delegate dai comuni, assicurando che queste non gravino sul fondo sanitario regionale;
- d) la gestione delle attività socio-assistenziali delegate dalle province, assicurando che queste non gravino sul fondo sanitario regionale.

7. Le A.S.L. esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle attività istituzionali-amministrative e gestionali delle unità di offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie accreditate o autorizzate. Alle

---

<sup>(4)</sup> Il capoverso è stato aggiunto dal terzo comma dell'art. 1 della L.R. 10 agosto 1998, n. 15.

A.S.L. sono altresì attribuite le attività di vigilanza finalizzate alla verifica del permanere dei requisiti per l'iscrizione ai registri regionali e provinciali e dell'effettivo svolgimento delle attività istituzionali delle organizzazioni e delle associazioni di volontariato, delle associazioni senza scopo di lucro e delle associazioni di solidarietà familiare di cui rispettivamente alla legge regionale 24 luglio 1993, n. 22 (Legge regionale sul volontariato), alla legge regionale 16 settembre 1996, n. 28 (Promozione, riconoscimento e sviluppo dell'associazionismo) e alla legge regionale 6 dicembre 1999, n. 23 (Politiche regionali per la famiglia) <sup>(5)</sup>.

**7-bis.** La Direzione Generale Sanità, in situazioni di particolare rilevanza ed impatto sul sistema sanitario regionale, può procedere ad effettuare le attività di controllo sulle strutture e sulle attività di cui al comma 7, avvalendosi direttamente del personale e delle risorse delle Aziende sanitarie regionali (6).

**7-ter.** L'attivazione del controllo eccezionale di cui al comma 7-bis, nonché gli esiti di tale attività, sono comunicati dalla Direzione Generale Sanità ai Direttori delle Aziende sanitarie interessate, anche ai fini dell'assunzione dei provvedimenti di rispettiva competenza <sup>(6)</sup>.

**8.** I rapporti tra le A.S.L., i comuni e le province sono regolati da convenzioni stipulate sulla base di direttive di carattere vincolativo deliberate dalla giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, nel termine di 90 giorni dalla data di entrata in vigore del regolamento di funzionamento del dipartimento per le A.S.S.I.

**9.** Le convenzioni di cui al precedente comma 8 stabiliscono:

- a) la natura dei compiti e delle funzioni delegate alla A.S.L., nonché la quantità e la qualità dei servizi e delle prestazioni che l'A.S.L. deve assicurare;
- b) l'entità delle risorse finanziarie attribuite alla A.S.L. dagli enti deleganti a copertura di tutti i costi diretti ed indiretti discendenti dall'esercizio dei compiti e delle funzioni delegate.

### ***Art. 3. – Le Aziende ospedaliere***

**1.** Le aziende ospedaliere definite di rilievo nazionale e già costituite alla data dell'1 gennaio 1998 conservano la loro natura giuridica. Conservano altresì la loro natura giuridica di aziende ospedaliere di interesse regionale quelle già costituite alla data del 31 dicembre 2003 <sup>(7)</sup>.

**2.** Il Consiglio regionale può costituire, modificare o estinguere aziende ospedaliere di interesse regionale sulla base della sussistenza o meno dei seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale;
- b) adozione dei sistemi di contabilità economico patrimoniale dei centri di costo secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale;

---

<sup>(5)</sup> Il comma è stato sostituito dalla lett. a) del primo comma dell'art. 6 della L.R. 8 febbraio 2005, n. 6.

<sup>(6)</sup> Il comma è stato inserito dalla lett. b) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

<sup>(7)</sup> Il comma è stato sostituito dalla lett. c) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

c) disponibilità del patrimonio adeguato allo scopo di svolgere le attività istituzionali <sup>(7)</sup>.

**2-bis.** Ai fini di cui al comma 2, si tiene conto dei seguenti criteri:

- a) indici di funzionalità del singolo presidio o dei diversi presidi dell'azienda ospedaliera in termini quantitativi e qualitativi;
- b) indici di attrazione e dispersione per territorio di riferimento, con attenzione ai processi di qualità avanzata;
- c) collocazione geografica del presidio e della struttura sanitaria con riferimento a ottimali criteri di accesso dell'utenza;
- d) valore aggiunto per la riqualificazione della rete ospedaliera <sup>(8)</sup>.

**3.** Nel caso di incorporazione di presidi o strutture sanitarie nelle A.S.L., le stesse assicurano i livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale attraverso la gestione diretta delle attività sanitarie e socio-assistenziali attribuite dalle leggi o dalla programmazione regionale e delegate dai comuni, nonché attraverso i rapporti definiti dall'art. 2, commi 4 e 5 della presente legge.

**4.** Le Aziende ospedaliere esercitano attività sanitarie ospedaliere e specialistiche. Soddisfatte prioritariamente le necessità del servizio sanitario regionale e fermo restando il vincolo del pareggio di bilancio, le Aziende ospedaliere possono produrre e rendere contro corrispettivo a terzi oppure a soggetti erogatori accreditati, nonché ai gestori delle forme integrative di assistenza sanitaria, prestazioni od altri servizi sanitari.

**5.** Nel rispetto della precipua attività di ricerca che è loro affidata, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico concorrono alla realizzazione dei livelli di assistenza definiti dalla presente legge.

#### ***Art. 3-bis. – Trasferimenti***

**1.** Il Consiglio regionale può trasferire agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico risultanti dalle trasformazioni di cui all'articolo 42 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 (Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione), le proprie aziende ospedaliere, in tutto o in parte.

**2.** Ai trasferimenti si applicano l'articolo 3, commi 1 e 2, della presente legge e l'articolo 5, commi 1, 2 e 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) <sup>(9)</sup>.

#### ***Art. 4. – Gli altri soggetti erogatori di prestazioni***

**1.** Sul territorio della regione nessuna struttura pubblica o privata può esercitare attività sanitaria se priva di specifica autorizzazione rilasciata dalla regione o dalla A.S.L. secondo la vigente normativa statale e regionale.

<sup>(7)</sup> Il comma è stato sostituito dalla lett. c) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

<sup>(8)</sup> Il comma è stato inserito dalla lett. d) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

<sup>(9)</sup> L'articolo è stato inserito dalla lett. e) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

2. Le istituzioni accreditate pubbliche o private esercenti attività di residenza sanitaria assistenziale, di seguito indicata come R.S.A., possono esercitare attività sanitarie, ove autorizzate dalle funzioni loro attribuite dal vigente ordinamento. L'accreditamento è condizione inderogabile affinché siano posti a carico del fondo sanitario regionale gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e di quelli relativi alle prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario.

3. Le strutture accreditate esercenti attività ai sensi dell'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, esercitano la propria attività nell'ambito dell'A.S.L., cui sono attribuite le relative competenze del settore.

4. La Giunta regionale:

- a) fissa i criteri ed i requisiti strutturali, gestionali e di qualità richiesti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private di riabilitazione extra ospedaliera, esercenti attività ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 833/1978, e delle strutture che erogano servizi socio sanitari integrati, d'intesa con la competente commissione consiliare;
- b) disciplina le modalità per la richiesta di accreditamento da parte delle strutture, per la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento medesimo;
- c) accredita le singole strutture e dispone successive eventuali variazioni dell'accreditamento; i provvedimenti di accreditamento o di variazione sono comunicati alla competente commissione consiliare entro quindici giorni;
- d) determina le prestazioni, la remunerazione delle stesse nonché le modalità di pagamento.

Le strutture accreditate concorrono, in conformità al principio della piena parità di diritti tra soggetti pubblici e privati, al sistema dei servizi socio-sanitari integrati<sup>(10)</sup>.

5. Le R.S.A. non possono esercitare compiti esclusivi delle strutture ospedaliere. Le attività specialistiche ambulatoriali potranno essere esercitate dalle sole istituzioni individuate dalla regione come svolgenti prevalenti attività sanitarie.

6. Le tariffe riconosciute alle R.S.A. per le attività sanitarie e di rilievo sanitario debbono essere determinate sulla base di costi standard prefissati dalla regione.

7. La regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'art. 9 dei decreti di riordino.

---

<sup>(10)</sup> Il comma già sostituito dall'art. 1 della L.R. 27 marzo 2000, n. 18 è stato ulteriormente sostituito dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3.



**Art. 5. – Il concorso delle università alla erogazione delle attività sanitarie**

1. Nel rispetto dei propri fini istituzionali, nonché dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione vigente, la Regione, acquisito il parere dei Rettori delle Università, sulla base di linee guida regionali, stipula appositi protocolli con le singole Università con sede sul territorio regionale <sup>(11)</sup>.

2. I protocolli sono definiti dalla Giunta regionale e finalizzati a definire l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali, presso i soggetti pubblici e privati accreditati del territorio regionale nel pieno rispetto dei principi di programmazione sanitaria regionale e dei principi sanciti nella carta dei diritti sanitari del cittadino, approvata con decreto del presidente del consiglio dei ministri 19 maggio 1995 (Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari) <sup>(11)</sup>.

3. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione del piano sanitario regionale.

**Art. 6. – L'integrazione dei servizi socio-sanitari e le competenze degli enti locali.**

1. L'integrazione delle attività e delle funzioni sanitarie con quelle dei servizi socio-assistenziali è perseguita come obiettivo prioritario e qualificante della rete dei servizi ordinati alla tutela della salute dei cittadini. Tale obiettivo si realizza attraverso la gestione integrata dei servizi secondo le modalità indicate dalla presente legge.

2. Concorrono alla realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria i soggetti pubblici e privati, secondo le specifiche competenze e peculiarità. Esclusi i casi per i quali la legge prevede la gratuità del servizio, è comunque previsto il concorso economico dell'utente, fatta salva la facoltà da parte del comune di rivalersi nei confronti dei soggetti tenuti agli alimenti, ai sensi del codice civile, nel caso di insufficienza di reddito da parte dell'utente medesimo.

3. Il piano regionale socio-sanitario fornisce le indicazioni per la determinazione della misura del concorso economico dell'utente.

4. Alle province sono attribuite le seguenti competenze in aggiunta alle attribuzioni di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142, ed a quelle già previste dalla legislazione regionale:

- a) pareri sull'articolazione territoriale delle A.S.L.;
- b) compiti di supporto tecnico per la rilevazione dei fabbisogni formativi del personale addetto ai servizi socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario e, nell'ambito dei criteri definiti dalla regione, la programmazione degli interventi formativi di qualificazione e di aggiornamento professionale, assicurandone la realizzazione;
- c) ..... <sup>(12)</sup>

5. Le province, per lo svolgimento delle competenze di cui al precedente comma 4 si avvalgono, per quanto è ritenuto necessario, del dipartimento per le

<sup>(11)</sup> Il comma è stato sostituito dalla lett. f) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

<sup>(12)</sup> La lettera è stata abrogata dalla lett. a) del terzo comma dell'art. 8 della L.R. 1 febbraio 2005, n. 1.

A.S.S.I. della A.S.L. di riferimento. In tal caso i rapporti sono regolati da una convenzione intercorrente tra la provincia e l'A.S.L.

**6.** .....<sup>(13)</sup>.

**7.** I comuni, attraverso la conferenza dei sindaci del territorio di ciascuna A.S.L.:

- a) provvedono alla formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività;
- b) esaminano il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio, rimettendo alla regione le relative osservazioni;
- c) verificano lo stato di attuazione dei programmi e dei progetti, trasmettendo le proposte e le valutazioni al direttore generale ed alla regione.

I comuni, attraverso l'assemblea dei sindaci, o una rappresentanza autonomamente determinata dagli stessi, istituita a livello distrettuale e composta da tutti i sindaci facenti parte del territorio del distretto, formulano proposte e pareri alla conferenza dei sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi socio-sanitari ed esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

**7-bis.** L'assemblea distrettuale dei sindaci, il cui funzionamento è disciplinato da provvedimenti della Giunta regionale, svolge le funzioni e le attribuzioni del comitato dei sindaci di distretto previsto dall'articolo 3-quater, comma 4, del D.Lgs. n. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e integrazioni<sup>(14)</sup>.

**8.** Le attribuzioni comunali sono esercitate attraverso il consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza dei sindaci. Il consiglio regionale, con propria deliberazione, disciplina le modalità per l'elezione del presidente e per la convocazione ed il funzionamento della conferenza, prevedendo che le votazioni avvengano a maggioranza, secondo il metodo del voto unico e ponderato. Con la deliberazione di cui sopra il consiglio regionale disciplina il funzionamento del consiglio di rappresentanza dei sindaci e le modalità di convocazione dell'organo.

**9.** .....<sup>(15)</sup>.

**9-bis.** In attuazione dell'articolo 2, comma 2-bis, del D.Lgs. 502/1992, e successive modifiche e integrazioni, è istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Della Conferenza fanno parte: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale coincida con quella del comune, il presidente della conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'ASL sia rispettivamente superiore o inferiore al

---

<sup>(13)</sup> Il comma è stato abrogato dal terzo comma dell'art. 11 della L.R. 14 dicembre 2004, n. 34.

<sup>(14)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 3 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2.

<sup>(15)</sup> Ndr – non esiste il comma 9

territorio del comune, i presidenti dell'Associazione regionale dei comuni lombardi (ANCI Lombardia), dell'Unione province lombarde (UPL) e della delegazione regionale dell'Unione nazionale comuni comunità ed enti montani (UNCHEM) <sup>(14)</sup>.

**9-ter.** Ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 7, del D.Lgs. 502/1992, nell'ipotesi ivi disciplinata la Conferenza è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda ospedaliera <sup>(16)</sup>.

**9-quater.** Con regolamento regionale, adottato secondo le competenze stabilite dallo Statuto, sono disciplinate le modalità di costituzione e il funzionamento della Conferenza, ivi comprese le modalità per l'elezione del presidente, prevedendo la partecipazione alle sedute della conferenza dei componenti della Giunta regionale competenti per materia <sup>(17)</sup>.

**9-quinquies.** Con lo stesso provvedimento è disciplinato l'eventuale raccordo della Conferenza di cui al comma 9-bis con la Conferenza regionale delle autonomie disciplinata dalla legge regionale emanata in attuazione del D.Lgs. 31 marzo 1998 n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed Enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) <sup>(17)</sup>.

#### ***Art. 7. – La natura e gli organi delle Aziende sanitarie.***

**1.** L'A.S.L. e l'Azienda ospedaliera hanno personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'autonomia dell'Azienda sanitaria si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatici della regione.

**2.** L'Azienda sanitaria assume la responsabilità per lo svolgimento di tutte le attività tecnico-operative, gestionali, di raccolta ed elaborazione delle informazioni, secondo modalità finalizzate a realizzare l'efficacia degli interventi per la tutela della salute e l'efficiente impiego delle risorse. È obiettivo dell'Azienda raggiungere l'equilibrio economico di lungo periodo.

**3.** Sono organi della Azienda sanitaria il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è nominato con provvedimento della giunta regionale. Nel caso della Azienda ospedaliera di cui all'art. 4, comma 6, dei decreti di riordino, la nomina avviene d'intesa con il rettore dell'università interessata. L'intesa si intende acquisita decorse ventiquattro ore dalla proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del Rettore <sup>(18)</sup>.

**3-bis.** La Giunta regionale, può modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti a direttori generali di Aziende sanitarie a seguito della formalizzazione della valutazione al termine del secondo anno

<sup>(14)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 3 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2.

<sup>(16)</sup> Il comma aggiunto dall'art. 3 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2 è stato modificato dalla lett. c) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 20 dicembre 2001, n. 28.

<sup>(17)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 3 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2 e poi modificato dal sedicesimo comma dell'art. 1 della L.R. 5 maggio 2004, n. 12.

<sup>(18)</sup> Il comma è stato modificato dalla lett. a) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 4 agosto 2003, n. 11.

dell'incarico. La mobilità interaziendale non ha effetto quanto alla durata dell'originario contratto. La mancata accettazione del reincarico costituisce giustificato motivo ai fini della risoluzione del contratto <sup>(19)</sup>.

**3-ter.** Sono comunque considerate, ai fini della valutazione del possesso dei requisiti soggettivi per la nomina a direttore generale, tutte le cariche ed attività esercitate dall'interessato, anche a titolo di mandato politico e amministrativo regionale, purché svolte nei dieci anni antecedenti alla presentazione della candidatura <sup>(20)</sup>.

**4.** Il direttore generale è il rappresentante legale dell'Azienda, esercita i poteri di gestione ed è responsabile dei risultati.

**4-bis.** Nel caso in cui la Giunta regionale proceda alla sospensione cautelare del direttore generale di aziende sanitarie pubbliche, la stessa Giunta, nomina, per il periodo corrispondente, un commissario straordinario in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-bis del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, cui viene attribuita un'indennità da determinarsi con atto della Giunta in misura non superiore a quella del direttore generale della relativa azienda <sup>(21)</sup>.

**4-ter.** In caso di vacanza dell'ufficio di direttore generale e fino alla nomina del nuovo direttore generale, la Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario straordinario qualora la gestione interinale di cui all'art. 3, comma 6, dei decreti di riordino non appaia congrua rispetto alle peculiarità gestionali dell'azienda interessata e, nel contempo, la durata minima di governo ordinario prevista dall'art. 3-bis, comma 8, dei decreti di riordino, appaia non coerente rispetto ai processi di riordino o riorganizzazione interessanti l'azienda stessa. La gestione commissariale non può protrarsi oltre i dodici mesi dall'attivazione. Per i requisiti di nomina e l'entità della retribuzione si applica il comma 4-bis <sup>(22)</sup>.

**5.** Il collegio dei revisori, costituito ai sensi dell'art. 3, comma 13, dei decreti di riordino, è nominato dal direttore generale. Il collegio dei revisori esercita le funzioni attribuite dai decreti di riordino, nonché dalle norme regionali. In particolare il collegio dei revisori esercita le seguenti competenze:

- a) verifica la regolarità amministrativa e contabile;
- b) vigila sulla gestione economica finanziaria e patrimoniale;
- c) esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

**6.** Nell'azienda ospedaliera il collegio dei revisori è composto da cinque membri di cui due designati dalla Regione ed uno dalla conferenza dei sindaci della Azienda Sanitaria Locale sul cui territorio è ubicata l'azienda ospedaliera;

---

<sup>(19)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. a) del primo comma dell'art. 2 della L.R. 30 ottobre 2001, n. 17 e modificato dalla lett. b) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 4 agosto 2003, n. 11.

<sup>(20)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. a) del primo comma dell'art. 4 della L.R. 24 marzo 2004, n. 5.

<sup>(21)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3.

<sup>(22)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. a) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 20 dicembre 2001, n. 28.

gli altri due componenti sono designati rispettivamente dal Ministro della Sanità e dal Ministro dell'economia e delle finanze <sup>(23)</sup>.

7. Previa intesa, laddove necessario, con i comuni interessati, il dirigente della competente struttura regionale, con proprio decreto, trasferisce:

a) al patrimonio delle A.S.L. tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito e le attrezzature, che alla data di costituzione delle Aziende facevano parte del patrimonio delle preesistenti Aziende U.S.S.L., con esclusione dei beni, anche da reddito, di pertinenza dei presidi ospedalieri e delle altre strutture attribuite in gestione alle Aziende ospedaliere;

b) al patrimonio delle Aziende ospedaliere tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi i beni da reddito e le attrezzature, che alla data della costituzione delle Aziende facevano parte del patrimonio delle preesistenti Aziende ospedaliere oppure di pertinenza dei presidi e delle strutture che in sede di costituzione sono attribuite alle Aziende ospedaliere.

Nei trasferimenti previsti dai precedenti paragrafi a) e b) sono ricomprese le posizioni attive e passive facenti capo alle preesistenti Aziende U.S.S.L. o ospedaliere venute a cessare <sup>(24)</sup>.

**7-bis.** Ai commissari liquidatori nominati ai sensi dell'articolo 2, comma 14, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, competono le funzioni di legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie delle sopresse U.S.S.L. <sup>(21)</sup>.

**7-ter.** Ai commissari liquidatori sono attribuite altresì le funzioni di legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie delle aziende U.S.S.L. istituite con la l.r. 15 settembre 1993 n. 28 e venute a cessare con la presente legge <sup>(21)</sup>.

**7-quater.** Ai commissari liquidatori, quali legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie di cui ai commi 7-bis e 7-ter, compete la legittimazione attiva e passiva, sostanziale e processuale, per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse U.S.S.L. e aziende U.S.S.L. <sup>(21)</sup>.

**7-quinquies.** I debiti delle gestioni liquidatorie delle sopresse U.S.S.L. e aziende U.S.S.L. nonché i relativi atti esecutivi, gravano unicamente sulle dotazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie <sup>(21)</sup>.

**7-sexies.** È esclusa ogni legittimazione passiva, sostanziale e processuale, della Regione per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse U.S.S.L. e aziende U.S.S.L. <sup>(21)</sup>.

### ***Art. 8. – L'organizzazione delle Aziende sanitarie. Il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate.***

1. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli ospedali classificati senza fini di lucro e gli IRCCS di diritto pubblico e gli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3) adottano

<sup>(23)</sup> Il comma già sostituito dall'art. 4 della L.R. 3 aprile 2001, n. 6 è stato ulteriormente sostituito dalla lett. b) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 20 dicembre 2001, n. 28.

<sup>(24)</sup> Il comma è stato modificato dal comma 23 dell'art. 2 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2.

<sup>(21)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3.

il piano di organizzazione ed il piano strategico di cui ai provvedimenti attuativi della presente legge, e li sottopongono all'approvazione della giunta regionale <sup>(25)</sup>.

**1-bis.** I piani di organizzazione aziendale ed i piani strategici triennali adottati dalle aziende sanitarie ed approvati dalla Giunta regionale, in attuazione della presente legge e dei provvedimenti deliberativi ad essa conseguenti, costituiscono la disciplina degli oggetti indicati all'articolo 3 sexies, comma 4, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni. La Giunta regionale definisce i principi per l'aggiornamento e/o l'integrazione dei piani delle aziende, come sopra indicati <sup>(26)</sup>.

**2.** Le A.S.L. assicurano l'esercizio delle attività e l'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario attribuite o delegate all'Azienda, avvalendosi dei propri presidi e servizi, nonché dei presidi e dei servizi sanitari e socio-assistenziali accreditati o convenzionati con l'azienda. Le A.S.L. sono organizzate in distretti, presidi, dipartimenti, servizi, unità operative ed uffici, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

**3.** Le Aziende ospedaliere sono organizzate in aree omogenee, presidi, dipartimenti, servizi, unità operative ed uffici, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. Il presidio, qualora sia di dimensione significativa o di peculiarità specialistiche, può identificarsi in un singolo stabilimento ospedaliero o in una singola struttura diagnostica o terapeutica. Negli altri casi, il presidio raggruppa più strutture ospedaliere o diagnostiche omogenee per collocazione geografica o per specificità. Al presidio è attribuita in ogni caso autonomia gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno dell'Azienda.

**4.** Nell'Azienda ospedaliera le unità operative di degenza sono organizzate in strutture dipartimentali. I dipartimenti possono comprendere anche attività esercitate al di fuori del presidio o della A.S.L., previa opportuna intesa tra le rispettive amministrazioni e sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. Nelle Aziende ospedaliere le attività di diagnosi e cura sono ordinate nelle aree previste all'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle Aziende e presidi individuati dalla programmazione regionale.

**5.** In ogni A.S.L. le attività socio-sanitarie sono organizzate nei seguenti dipartimenti:

- a) dipartimento di prevenzione medico;
- b) dipartimento di prevenzione veterinario;
- c) dipartimento dei servizi sanitari di base;
- d) dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (A.S.S.I.).

---

<sup>(25)</sup> Il comma è stato sostituito dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3. (Vedi anche comma 2 art. 4 stessa legge) e modificato dalla lett. b) del primo comma dell'art. 6 della L.R. 8 febbraio 2005, n. 6.

<sup>(26)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 3 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2.

Il dipartimento dei servizi sanitari di base assume il coordinamento della medicina specialistica. In ogni ASL è altresì assicurato il coordinamento funzionale fra le attività comuni del dipartimento di prevenzione medico e del dipartimento di prevenzione veterinario, in particolare per la sicurezza degli alimenti <sup>(27)</sup>.

**6.** L'attività delle articolazioni distrettuali e organizzative dell'Azienda è disciplinata dal direttore generale, che può individuare ulteriori modelli in riferimento ai quali ordinare le attività sanitarie ricomprese nelle aree, nei dipartimenti e nei distretti.

**7.** Il dipartimento di prevenzione medico, organismo di coordinamento, è organizzato nei seguenti servizi:

- 1) igiene e sanità pubblica;
- 2) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- 3) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- 4) medicina preventiva nelle comunità <sup>(28)</sup>.

**7-bis.** Il dipartimento di prevenzione veterinario, organismo di coordinamento, è organizzato nei seguenti servizi:

- 1) sanità animale;
- 2) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- 3) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Il dipartimento di prevenzione veterinario ha funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria che vengono svolte sul territorio dai distretti di medicina veterinaria <sup>(29)</sup>.

**8.** Le funzioni e le prestazioni medico legali sono organizzate dall'A.S.L. in un servizio specifico di medicina legale.

**9.** Al fine di poter erogare le prestazioni richieste, le A.S.L. possono organizzare i servizi di cui ai precedenti commi anche avvalendosi della consulenza delle università. La consulenza deve essere attivata attraverso la stipula di convenzioni.

**10.** Il dipartimento per le A.S.S.I. è istituito al fine di assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario, attribuite o delegate all'A.S.L. Al dipartimento per le A.S.S.I. è affidata la gestione delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario attribuite all'Azienda, nonché le attività socio-assistenziali alla stessa delegate dagli enti locali e dalla regione. Il funzionamento di detto dipartimento è definito da apposito regolamento approvato dal consiglio regionale entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

**11.** Le A.S.L. promuovono il coordinamento dei servizi sociali e contribuiscono alla programmazione della rete dei servizi in conformità alle indicazioni del piano socio-assistenziale. Tali funzioni sono assicurate,

---

<sup>(27)</sup> Il comma è stato sostituito dalla lett. a) del terzo comma dell'art. 4 della L.R. 20 dicembre 2002, n. 32.

<sup>(28)</sup> Il comma è stato sostituito dalla lett. b) del terzo comma dell'art. 4 della L.R. 20 dicembre 2002, n. 32.

<sup>(29)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. c) del terzo comma dell'art. 4 della L.R. 20 dicembre 2002, n. 32.

avvalendosi dei dipartimenti per le A.S.S.I., con l'instaurazione di apposite convenzioni con i soggetti erogatori.

**12.** Il consiglio regionale, in sede di piano socio-sanitario, determina i criteri nonché i requisiti strutturali e gestionali per la erogazione dei servizi sociali, assicurando la piena parità fra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato.

**13.** ..... <sup>(30)</sup>.

**14.** Di norma il dipartimento per le A.S.S.I. assicura l'erogazione delle proprie prestazioni su base distrettuale ed interdistrettuale.

Il responsabile del dipartimento indirizza e sovrintende alla erogazione delle attività, anche attraverso la corretta distribuzione delle risorse umane, strumentali ed economiche a ciò destinate. L'attività dipartimentale può essere organizzata in servizi, unità operative ed uffici. Il direttore generale, sentito il direttore sociale, individua un responsabile a livello distrettuale che coordina le attività assegnate al dipartimento per le A.S.S.I. e gestisce la quota di budget delle funzioni organizzate a livello distrettuale.

**15.** Nell'ambito della programmazione regionale ed aziendale sono individuati gli obiettivi e le risorse del fondo sanitario regionale nonché le risorse autonome della regione da destinare alle attività svolte dal dipartimento per le A.S.S.I. L'A.S.L. assicura apposita e separata contabilità delle attività socio-assistenziali attribuite dalla legge e delegate dai comuni. In ogni caso non possono gravare sul fondo sanitario regionale oneri diversi da quelli riferiti alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario. Sono ricompresi tra le prestazioni assistenziali di rilievo sanitario a carico del fondo sanitario regionale, i contributi economici erogati alle famiglie al fine di garantire prestazioni assistenziali di rilievo sanitario erogate nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare integrata. La specifica contabilità sulla gestione dell'attività socio-assistenziale deve essere ispirata al criterio del bilancio economico e patrimoniale. Le eventuali perdite di esercizio sono a totale carico del bilancio degli enti che conferiscono la delega.

### ***Art. 9. – Il distretto.***

**1.** Le attività sanitarie territoriali e socio-assistenziali di competenza delle A.S.L. sono organizzate a livello distrettuale o interdistrettuale, in funzione della complessità dei servizi da erogare. A tal fine le A.S.L. si avvalgono dei propri servizi e presidi, nonché dei servizi e dei presidi accreditati o convenzionati.

**2.** Il distretto è l'articolazione organizzativa su base territoriale il cui scopo è di assicurare il coordinamento permanente degli operatori e delle relative funzioni, la gestione dell'assistenza sanitaria, dell'educazione sanitaria, dell'informazione e prevenzione e delle attività socio-assistenziali attribuite alla competenza delle A.S.L. o delegate dai comuni, dalle province o dalla regione. Il distretto assicura l'analisi e l'orientamento della domanda socio-sanitaria,

---

<sup>(30)</sup> Il comma è stato abrogato dal novantunesimo comma dell'art. 4 della L.R. 5 gennaio 2000, n. 1.



con lo scopo di garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi socio-sanitari e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento.

3. Il distretto garantisce, quando di competenza, l'espletamento di tutte le attività relative alla prenotazione delle prestazioni diagnostiche specialistiche, alla prenotazione dei ricoveri in strutture ospedaliere o di riabilitazione appartenenti al comparto extraospedaliero o socio-assistenziale, al ritiro degli esiti delle prestazioni specialistiche e diagnostiche, al rilascio di documenti e certificati, al pagamento di eventuali ticket. Le attività del distretto, nel rispetto della libera scelta del cittadino, sono dirette alla valutazione dei fabbisogni e del relativo soddisfacimento, anche attraverso il monitoraggio del livello di assistenza sanitaria di base e di verifica della qualità dei servizi erogati nel territorio di competenza.

4. Alla produzione delle attività sanitarie primarie provvede direttamente il distretto, secondo le modalità individuate dal piano di organizzazione. Le attività specialistiche ambulatoriali di primo livello vengono erogate a livello distrettuale, avvalendosi delle prestazioni professionali di medici specialistici ambulatoriali interni e degli specialisti ospedalieri.

5. L'A.S.L. articola nel proprio piano di organizzazione l'ambito territoriale in distretti comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore ai 40.000 abitanti; nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 100.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle zone a scarsa densità abitativa può comprendere una popolazione minima di 15.000 abitanti. Nel proprio piano di organizzazione, l'A.S.L. articola l'ambito territoriale in distretti di medicina veterinaria.

6. A livello distrettuale, è istituita l'assemblea dei sindaci, ed è garantita la partecipazione dei cittadini secondo le modalità previste dalle norme vigenti. L'assemblea è composta da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale. Entro 180 giorni dall'approvazione della presente legge, la giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, provvede a fissare le direttive per il funzionamento e l'organizzazione dell'assemblea dei sindaci.

7. Nei limiti delle disposizioni emanate dal direttore generale, il distretto ha autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle rispettive funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, ivi compreso il coordinamento organizzativo ed erogativo delle attività. Le attività socio-assistenziali assegnate alle Aziende sanitarie sono svolte a livello di distretto, assicurandone l'integrazione con le attività sanitarie.

***Art. 10. – Il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il direttore sociale ed i responsabili delle strutture. Il consiglio dei sanitari.***

1. I direttori sanitario e amministrativo delle Aziende sono nominati con le procedure e modalità previste dall'art. 3, comma 7, dei decreti di riordino. I presidi dell'Azienda ospedaliera sono retti da un dirigente responsabile amministrativo ed un dirigente responsabile sanitario, preposti dal direttore generale. I dirigenti operano nel quadro degli indirizzi emanati dal direttore

generale ed assumono la responsabilità della struttura loro affidata. Il direttore generale individua per ciascun presidio il dirigente responsabile della gestione complessiva. Per quanto attiene l'attribuzione di incarichi dirigenziali, ferme restando le previsioni dell'art. 15, commi 2 e 3, dei decreti di riordino, il direttore generale nomina i responsabili del dipartimento e del distretto che esercitano le funzioni loro attribuite rispettivamente nel dipartimento e nel distretto.

2. Per la gestione delle attività assegnate alle A.S.L. e di quelle delegate dai comuni, dalle province e dalla regione, in ogni Azienda sanitaria il direttore generale nomina altresì il direttore dei servizi sociali, di seguito denominato direttore sociale. L'incarico di direttore sociale è attribuito a persone che siano in possesso di diploma di laurea in discipline attinenti alle funzioni attribuite, che non abbiano compiuto il 65° anno d'età e che abbiano svolto per almeno 5 anni una qualificata attività di direzione di servizi socio-assistenziali e/o sanitari.

3. In sede di prima applicazione della presente legge, può essere nominato direttore sociale anche un dipendente del servizio sanitario nazionale, vincitore di concorso per il posto di ruolo di direttore coordinatore del servizio sociale, di cui alla l.r. 7 gennaio 1986, n. 1, così come modificata dalla l.r. 26 aprile 1990, n. 25, ovvero in possesso dei requisiti di cui all'art. 91 bis della l.r. 7 gennaio 1986, n. 1 così come integrato dall'art. 24 della l.r. 26 aprile 1990, n. 25, ivi compreso l'assistente sociale coordinatore che non abbia compiuto il 65° anno di età e che abbia svolto per almeno 5 anni una qualificata attività di direzione di servizi socio-assistenziali complessi.

4. Il direttore sociale assume la direzione ed il coordinamento:

a) delle funzioni e delle attività socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario attribuite alle A.S.L.;

b) delle funzioni e delle attività socio-assistenziali delegate dai comuni, dalle province e dalla regione.

5. La gestione delle attività socio-assistenziali assegnate o delegate alle A.S.L. compete al dipartimento per le A.S.S.I., del quale il direttore sociale assume la responsabilità. Il trattamento economico del direttore sociale è determinato dalla giunta regionale.

6. È facoltà del direttore generale procedere alla revoca degli incarichi affidati al direttore amministrativo, al direttore sanitario ed al direttore sociale, nei limiti e secondo le modalità definite dall'art. 3, comma 7, dei decreti di riordino. In ogni caso questi cessano dall'incarico entro i tre mesi successivi alla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.

7. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria nei confronti del direttore generale ed è presieduto dal direttore sanitario o da un suo delegato.

### ***Art. 11. – I diritti di partecipazione dei cittadini.***

1. I rapporti tra il servizio sanitario regionale, comprensivo di tutti i soggetti pubblici o privati operanti nell'ambito del servizio stesso, ed i cittadini debbono

essere improntati a principi di rispetto e di tutela della persona, di trasparenza dell'attività amministrativa, di spirito di servizio a favore del cittadino utente. Per tali finalità tutti i soggetti erogatori debbono dotarsi di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento di ogni utile iniziativa rivolta alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze delle associazioni di volontariato. I diritti dei cittadini e le modalità per il loro esercizio, compreso il libero accesso al soggetto erogatore di prestazioni, sono definiti nella Carta dei servizi, da adottarsi sulla base dello schema generale di cui al D.P.C.M. 19 maggio 1995 da ogni soggetto erogatore entro 180 giorni dalla costituzione dell'Azienda.

2. Le organizzazioni di volontariato concorrono alla formulazione ed al periodico aggiornamento della carta dei servizi e possono avanzare proposte di miglioramento. Per tali finalità è agevolato il loro accesso alle strutture delle Aziende sanitarie e dei soggetti accreditati.

3. Le Aziende sanitarie sono tenute ad istituire un ufficio di pubblica tutela (U.P.T.), retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario regionale, e di un ufficio di relazioni con il pubblico affidato a personale dipendente. Le A.S.L., le Aziende ospedaliere ed i soggetti accreditati sono tenuti al pieno rispetto delle disposizioni della l.r. 16 settembre 1988, n. 48, e della legge 7 agosto 1990, n. 241. La funzione del responsabile dell'U.P.T. ha, sotto ogni profilo, natura di servizio onorario. Il direttore generale provvede alla regolamentazione dell'attività dell'ufficio per le relazioni con il pubblico, e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'U.P.T.

4. È costituita nell'ambito del settore sanità e del settore famiglia e politiche sociali una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico, con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

#### ***Art. 12. – La programmazione delle attività sanitarie ed il riordino della rete ospedaliera.***

1. La rete ospedaliera della Lombardia è riordinata secondo criteri, indici e modalità determinati in conformità al piano sanitario nazionale predisposto dal ministero della sanità, ivi compresa l'individuazione delle strutture ospedaliere per acuti da riconvertire in attività di riabilitazione, lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali. Gli indicatori del piano sanitario nazionale conservano validità sino all'approvazione del piano sanitario regionale.

2. L'A.S.L. assicura ai propri assistiti l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, ospedaliere, contemplate dai livelli di assistenza, definiti dal piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale, attraverso l'instaurazione di nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica della qualità previsti dall'art. 8, comma 7, dei decreti di riordino, nonché attraverso la gestione delle attività assegnate.

**3.** Le strutture ospedaliere pubbliche e private sono accreditate, nel rispetto degli indici programmatori definiti dal piano socio sanitario regionale in coerenza con la normativa nazionale e regionale, con provvedimento della Giunta regionale, comunicato alla competente commissione consiliare, entro quindici giorni. La richiesta di accreditamento è inoltrata dal legale rappresentante, con la specifica indicazione delle attività che si intendono rendere quali strutture ospedaliere abilitate ad erogare le prestazioni di ricovero e cura. Le strutture debbono essere regolarmente autorizzate, in possesso dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) attuativo dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8, comma 4, dei decreti di riordino, nonché dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali qui di seguito specificati:

- a) disporre di servizi diagnostici e di supporto alla degenza adeguati alla complessità della struttura;
- b) disporre delle dotazioni tecnologiche necessarie in funzione delle patologie trattate;
- c) disporre del personale sanitario, professionale e tecnico commisurato, nel numero e nella qualificazione professionale, alle attività e prestazioni erogate;
- d) disporre di un servizio di pronto soccorso classificato secondo la complessità delle prestazioni erogabili, esclusi i servizi specializzati non interessati all'attività di emergenza ed individuato dalla programmazione regionale.

Le strutture pubbliche, regolarmente autorizzate ed in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali di cui sopra sono iscritte di diritto al registro delle strutture accreditate <sup>(31)</sup>.

**4.** Gli indicatori dei requisiti funzionali e organizzativi di cui al precedente comma 3 sono approvati dalla giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, nei termini previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997.

**5.** L'iscrizione al registro regionale delle strutture accreditate è condizione per la definizione dei rapporti per la remunerazione delle prestazioni rese dai soggetti pubblici e privati. La giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, approva lo schema-tipo in base al quale le A.S.L. stipulano i nuovi rapporti di cui all'art. 8, comma 5, dei decreti di riordino. Il provvedimento della giunta regionale prevede:

- a) l'accettazione delle tariffe stabilite dalla regione per le prestazioni da rendere;

---

<sup>(31)</sup> Il comma sostituito dall'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3 è stato poi sostituito dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26 e infine dalla lett. g) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

- b) le modalità con le quali la regione esercita la funzione di verifica della qualità delle prestazioni erogate e la rispondenza delle strutture agli standard di accreditamento;
- c) le modalità di esercizio dell'attività privata senza oneri a carico della regione;
- d) i tempi e le modalità di liquidazione delle prestazioni rese dalle strutture accreditate;
- e) le sanzioni da adottare nel caso di inosservanza delle norme in vigore.

**5-bis.** La Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5, il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario <sup>(32)</sup>.

**6.** Ai fini della richiesta di accreditamento di cui al comma 3, il possesso dei requisiti può essere oggetto di autocertificazione da parte del soggetto erogatore. La Regione, attraverso appropriati sistemi ispettivi e di controllo, anche avvalendosi delle ASL, verifica, entro centottanta giorni dal deposito della richiesta di iscrizione al registro regionale di cui al comma 5, il possesso dei requisiti per l'accreditamento e la loro permanenza nel tempo. Non possono rivestire la qualifica di soggetto accreditato i soggetti erogatori privati che utilizzino, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute all'articolo 4, comma 7, della L. 412/1991, personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie del servizio sanitario nazionale <sup>(33)</sup>.

**7.** Con il provvedimento di accreditamento sono definiti indicatori e standard organizzativi e funzionali che debbono essere posseduti dai professionisti e dalle altre strutture pubbliche e private soggette ad accreditamento. La perdita dei requisiti determina l'automatica decadenza dei soggetti erogatori dall'accreditamento e dai rapporti di cui all'art. 8, comma 5, dei decreti di riordino. La declaratoria di decadenza dall'accreditamento avviene, previa diffida, con provvedimento motivato della giunta regionale.

**8.** La decadenza dei soggetti erogatori dalla titolarità dei rapporti di cui all'art. 8, comma 5, dei decreti di riordino può altresì essere dichiarata, dalla giunta regionale, previa istruttoria del direttore generale della A.S.L., a seguito di procedimento amministrativo, quando sia accertato il ripetersi di comportamenti dei soggetti stessi rivolti ad applicare in maniera distorta il sistema di remunerazione delle prestazioni sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto quello della loro completezza, compresa la componente diagnostica o riabilitativa in fase di acuzie. I comportamenti come prima descritti, nel caso di soggetti erogatori pubblici, determinano la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

**9.** I soggetti privati accreditati, titolari dei rapporti di cui all'art. 8, comma 5, dei decreti di riordino, assolvono al debito informativo, definito dalla regione con il provvedimento di cui al successivo art. 14 comma 1, comprensivo di

---

<sup>(32)</sup> Il comma è stato inserito dalla lett. h) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 16 febbraio 2004, n. 2.

<sup>(33)</sup> Il comma è stato sostituito dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3.

elementi utili alla rilevazione dei costi delle prestazioni erogate, secondo schemi e modalità stabilite dalla giunta regionale. I soggetti privati accreditati debbono tenere aggiornato l'elenco del personale che presta la propria attività, a qualsiasi titolo nella struttura accreditata, attestando il possesso dei requisiti necessari per l'assolvimento dei compiti affidati.

**10.** I soggetti erogatori pubblici e privati non possono esercitare attività sanitarie in discipline non previste e riconosciute dalla vigente legislazione, ad eccezione di iniziative sperimentali riconosciute dalla regione. In ogni caso non possono essere esercitate attività in discipline per le quali la struttura non sia stata autorizzata.

**11.** Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono abilitati alla prescrizione, proposta o richiesta per l'accesso degli assistiti alle prestazioni dei successivi livelli, compreso il ricovero ospedaliero e le prescrizioni specialistiche.

**12.** Sono favorite ed incentivate a livello distrettuale sia la medicina di gruppo che, in generale, le forme di associazione e cogestione fra medici, volte ad estendere e qualificare l'offerta di assistenza medica primaria, secondo linee guida o protocolli di favorevole rapporto costi-benefici.

#### ***Art. 12-bis. – Sanzioni amministrative.***

**1.** Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, ogni struttura sanitaria di diritto pubblico o privato soggetta ad autorizzazione o accreditamento che operi in violazione delle vigenti norme relative ai requisiti in materia di autorizzazione e accreditamento, soggiace alle seguenti sanzioni amministrative pecuniarie:

- a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di un'attività sanitaria in struttura carente della prescritta autorizzazione;
- b) da € 15.000 a € 150.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie per le quali la struttura non ha ottenuto la prescritta autorizzazione;
- c) da € 12.000 a € 120.000, per le strutture di ricovero e cura o di day hospital, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento previsti dalla normativa vigente;
- d) da € 12.000 a € 120.000, per le strutture di ricovero e cura o di day hospital, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;
- e) da € 3.000 a € 30.000, per le strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento previsti dalla normativa vigente;
- f) da € 3.000 a € 30.000, per le strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche non rappresentanti in modo corretto le prestazioni erogate;
- g) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ASL delle comunicazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente.

2. I requisiti che consistono nell'esistenza di documenti, procedure, regolamenti interni o linee guida, si considerano esistenti solamente quando suddetta documentazione risulti conforme alla normativa vigente e la struttura abbia dato esecuzione alle disposizioni prescritte dalla documentazione stessa.

3. L'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di cui al comma 1 spetta agli enti competenti ad effettuare le relative verifiche ispettive e, nei casi di cui al comma 1, lettera g), ai destinatari delle comunicazioni e dei flussi informativi. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dai soggetti competenti per la loro applicazione, ai sensi dell'art. 10, comma 1, della legge regionale 5 dicembre 1983, n. 90 (Norme di attuazione della legge 24 novembre 1981, n. 689, concernente modifiche al sistema penale).

4. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento comporta, in aggiunta alle sanzioni pecuniarie di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo di cui al comma 1, lettera g), la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo di un minimo di 7 ad un massimo di 60 giorni.

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

6. L'accertamento di una grave carenza di requisiti autorizzativi o di accreditamento, tale da determinare un grave rischio per la salute dei cittadini, sia diretto e immediato sia indiretto e potenziale, comporta la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale ed immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo di un minimo di 3 ad un massimo di 60 giorni.

7. Le violazioni delle norme relative ai requisiti in materia di autorizzazione o di accreditamento di cui al comma 1, lettere a) e b), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, determinano l'applicazione della procedura di diffida con contestuale ed immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento, di cui al comma 6.

8. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento, in seguito alla sospensione di cui ai commi 4, 5, 6 e 7 comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

9. Gli atti di diffida, sospensione, sospensione con contestuale diffida e di revoca sono emanati dall'ente che ha concesso la relativa autorizzazione o accreditamento<sup>(34)</sup>.

---

<sup>(34)</sup> L'articolo è stato aggiunto dalla lett. c) del primo comma dell'art. 1 della L.R. 4 agosto 2003, n. 11.

**Art. 13. – La vigilanza ed il controllo sulla attività delle Aziende sanitarie.  
Il finanziamento del servizio sanitario regionale.**

1. La giunta regionale, avvalendosi dei propri uffici, verifica presso ciascuna Azienda sanitaria, l'effettiva introduzione e utilizzazione di sistemi di verifica e di strumenti e di metodologie per il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni, nonché della efficienza nelle modalità di impiego delle risorse finanziarie. La regione svolge tali funzioni anche ricorrendo ad organismi o agenzie specializzate esterne ai sensi della vigente normativa. La verifica ha lo scopo di accertare il corretto rapporto tra le risorse impiegate e la qualità/quantità dei servizi erogati, la realizzazione di economie di gestione ed il soddisfacimento dei nuovi bisogni sanitari della popolazione. La verifica è altresì in funzione della promozione del controllo di gestione, come metodo permanente di valutazione dei risultati.

2. Per le finalità di cui al precedente comma è istituito, presso il competente settore della giunta regionale, l'osservatorio regionale per la salute, dotato di adeguata struttura tecnica e nel quale è garantita la partecipazione di rappresentanti delle associazioni degli utenti dei servizi. La giunta regionale entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge emana le disposizioni per disciplinare le funzioni, le procedure e l'organizzazione dell'osservatorio regionale per la salute, salvaguardando il diritto delle province all'informazione sulle strutture ubicate nel territorio di loro competenza.

3. La giunta regionale esercita le funzioni di controllo previste dall'art. 10 dei decreti di riordino sulle attività delle aziende sanitarie e degli altri enti erogatori e professionisti accreditati. Resta ferma ogni altra competenza spettante alla A.S.L. in materia di controllo, ai sensi della legislazione vigente.

4. In ogni azienda sanitaria è istituito un servizio di controllo interno di gestione, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e sue successive modificazioni, per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento delle attività aziendali. La verifica è svolta mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

5. Le Aziende sanitarie devono assicurare lo svolgimento di tutte le attività necessarie per realizzare la produzione, l'erogazione ed il controllo di prestazioni e di servizi, secondo le norme ISO 9000. La giunta regionale, con propria deliberazione, determina le modalità attraverso cui l'organizzazione aziendale deve adeguarsi alla normativa ISO 9000, entro il 31 dicembre 1999.

6. I provvedimenti delle Aziende sanitarie soggetti al controllo della giunta regionale nell'ambito della disposizione di cui all'art. 4, comma 8, della legge n. 412 del 30 dicembre 1991 sono i seguenti:

- a) il piano di organizzazione dell'Azienda, i piani ed i bilanci di previsione pluriennali e relative variazioni, il bilancio di esercizio;
- b) le convenzioni con le università degli studi.

Il piano di organizzazione ed il bilancio di esercizio di cui alla lettera a) sono inviati per opportuna conoscenza al consiglio regionale.



Il termine per l'esercizio del controllo da parte della Giunta sugli atti di cui al presente comma è sospeso dall'1 al 31 agosto di ogni anno<sup>(35)</sup>.

**7.** Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale debbono essere pubblicati sull'albo dell'Azienda. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata al positivo controllo della giunta regionale, secondo quanto previsto dal comma 6.

**8.** Al raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 6 della presente legge, in materia di integrazione dei servizi sociosanitari, assicurano le proprie risorse finanziarie il servizio sanitario pubblico, la regione e gli enti locali, ciascuno secondo le proprie specifiche competenze.

**9.** Il finanziamento del servizio socio-sanitario integrato regionale è assicurato mediante:

a) i contributi di malattia attribuiti alla regione ai sensi dell'art. 11 dei decreti di riordino;

b) la quota del fondo sanitario nazionale integrativo attribuito alla regione ai sensi dell'art. 12 dei decreti di riordino;

c) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;

d) le quote di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché le altre entrate dirette delle Aziende, compresi i redditi da patrimonio;

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 o derivanti da alienazioni patrimoniali delle Aziende;

g) le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie;

h) le entrate derivanti dalle attività di polizia amministrativa;

i) gli introiti per ogni altra prestazione erogata dalle Aziende a favore di persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private.

**10.** Le somme di cui alle lettere a), b), e) del precedente comma, costituiscono il fondo sanitario regionale corrente e quelle di cui alla lettera f) costituiscono il fondo sanitario regionale in conto capitale. Tali somme sono iscritte, a decorrere dall'esercizio 1998, in quattro distinti capitoli di spesa del bilancio della regione. Ai predetti capitoli si applica l'art. 36, comma 7 quinquies della l.r. 31 marzo 1978, n. 34.

**11.** Le risorse di cui al precedente comma 9 sono destinate al finanziamento:

a) dei livelli uniformi di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;

b) degli investimenti finalizzati alla realizzazione, acquisizione e ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature di servizio, alla salvaguardia e all'incremento del patrimonio, stabiliti con provvedimento della giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;

c) degli interventi diretti di competenza della regione connessi al servizio sanitario regionale.

---

<sup>(35)</sup> Il periodo è stato aggiunto dal secondo comma dell'art. 4 della L.R. 3 aprile 2001, n. 6.

**11-bis.** I progetti e le varianti in corso d'opera, di cui al comma 11, lettera b), sono approvati dal direttore generale della direzione competente in materia di sanità o dal dirigente delegato, previo parere degli organi tecnici regionali quando sia prevista l'approvazione regionale <sup>(36)</sup>.

**11-ter.** L'approvazione del certificato di collaudo ovvero di regolare esecuzione dei lavori di cui al comma 11, lettera b), compete esclusivamente alla stazione appaltante <sup>(37)</sup>.

**12.** La giunta regionale assegna annualmente alle A.S.L. un finanziamento, la cui misura è calcolata sulla base della quota capitaria determinata secondo parametri oggettivi, per la copertura dei costi dei servizi erogati direttamente, nonché per il pagamento delle prestazioni acquistate per i propri assistiti da tutti i soggetti pubblici e privati erogatori accreditati.

**13.** La regione con apposito piano annuale preventivo stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sia di degenza che ambulatoriali che possono essere soddisfatte nella sede pubblica ed in quella privata all'interno di un corretto rapporto di competitività.

**14.** Con provvedimento della giunta regionale, da emanarsi entro la fine dell'anno in corso per l'anno successivo sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale vigente.

**15.** La giunta regionale con proprio provvedimento costituisce un fondo e determina le modalità del suo riparto e assegnazione, finalizzandolo alla remunerazione delle funzioni non tariffabili. Per il finanziamento dei progetti specifici definiti dagli strumenti della programmazione regionale la giunta regionale definisce le somme a carico del fondo sanitario da attribuire alle Aziende sanitarie con vincolo di destinazione.

**16.** Le fonti finanziarie delle Aziende sono costituite:

- a) dalla assegnazione delle quote capitarie e dalla eventuale mobilità sanitaria attiva per le A.S.L. e dai ricavi delle prestazioni per le Aziende ospedaliere;
- b) dalle risorse attribuite dalla regione per remunerare eventuali funzioni non tariffabili;
- c) dalle quote di partecipazione alle spese dovute dagli assistiti;
- d) da ogni altro provento o sopravvenienza attiva derivante da contratti per la prestazione di servizi oppure dalla cessione di beni e servizi o provenienti da reddito da patrimonio, lasciti o donazioni, ovvero introitati per attività di polizia amministrativa;
- e) da contributi eventualmente liquidati dalla regione a titolo di riequilibrio;
- f) da quote del fondo sanitario regionale a destinazione vincolata per l'attuazione di programmi specifici definiti dagli strumenti della programmazione regionale;

---

<sup>(36)</sup> Il comma è stato inserito dal secondo comma dell'art. 4 della L.R. 3 aprile 2001, n. 6.

<sup>(37)</sup> Il comma è stato inserito dalla lett. a) secondo comma dell'art. 4 della L.r. 6 marzo 2002, n. 4.

- g) dalle somme trasferite dagli enti locali alle Aziende per le attività socio assistenziali delegate;
- h) dalle somme trasferite dalla regione alle Aziende per le attività socio assistenziali;
- i) da eventuali contributi in conto capitale assegnati dalla regione.

**16-bis.** Nei casi in cui la Giunta regionale, accedendo al mercato del credito nelle forme previste dalla normativa vigente in materia, decida di anticipare le somme necessarie a fronteggiare le eventuali situazioni debitorie degli enti sanitari operanti nel servizio sanitario regionale, sia relativamente agli esercizi a tutto il 31 dicembre 1999 ex articolo 28 della legge 448/1998, sia per la parte corrente, gli oneri relativi sono da porre a carico delle risorse messe a disposizione degli enti sanitari <sup>(38)</sup>.

**17.** I soggetti erogatori, pubblici e privati, sono remunerati dalle A.S.L. nel cui territorio risiede l'assistito cui è resa la prestazione, sulla scorta di adeguata documentazione. Eventuali acconti riferiti alla predetta remunerazione possono essere erogati dalla A.S.L. di ubicazione della struttura nella misura e con le modalità stabilite dalla Giunta regionale. Per gli assistiti provenienti da altre regioni la remunerazione è effettuata dalla regione che, con proprio atto, stabilisce le modalità per la regolazione della compensazione della mobilità sanitaria attiva e passiva con le regioni di provenienza, ad eccezione delle prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione extraospedaliera già convenzionate ex art. 26 legge 833/78, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, nelle strutture socio-sanitarie per disabili e nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, che devono essere direttamente remunerate dalla A.S.L. di residenza dell'utente. La regione remunera le eventuali funzioni non tariffabili riconosciute ai soggetti erogatori <sup>(39)</sup>.

**18.** Le somme di cui alle lettere g) e h) del precedente comma 16, nonché gli oneri delle prestazioni socio-assistenziali a carico rispettivamente degli assistiti e degli enti locali, confluiscono nel fondo sociale dell'Azienda sanitaria e sono indicate in apposito bilancio, separato da quello sanitario.

**19.** Gli oneri delle prestazioni sanitarie e di quelle socio assistenziali di rilievo sanitario assicurate dalle strutture e dai servizi socio assistenziali di competenza delle Aziende sanitarie sono indicati in separati capitoli di spesa nel bilancio dell'Azienda stessa. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano a far data dall'esercizio successivo a quello di entrata in vigore della presente legge.

**20.** ..... <sup>(40)</sup>.

<sup>(38)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3.

<sup>(39)</sup> Il comma è stato sostituito dal primo comma dell'art. 5 della L.R. 22 gennaio 1999, n. 2.

<sup>(40)</sup> Il comma è stato abrogato dal decimo comma dell'art. 4 della L.R. 20 dicembre 2002, n. 32.

**Art. 13-bis. – Sviluppo professionale continuo del personale del SSR.**

1. Con provvedimenti della Giunta regionale vengono definite le modalità operative per l'attivazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) in Lombardia. Tale attivazione, che rappresenta l'avvio di un processo di sviluppo professionale continuo, costituisce per ogni professionista del sistema socio-sanitario lombardo una necessità la cui soddisfazione volontaria è incentivata dal sistema stesso <sup>(41)</sup>.

**Art. 14. – Il sistema informativo e contabile – L'attività contrattuale delle Aziende sanitarie.**

1. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la giunta regionale emana le direttive necessarie per consentire l'uniformità nella impostazione dei sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema, nonché dei dati economico-finanziari delle Aziende, definendo gli schemi di classificazione secondo le normative comunitarie e nazionali in materia. Le A.S.L. e le Aziende ospedaliere debbono dotarsi di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza, nonché fornire ogni rappresentazione dei fenomeni aziendali, anche al fine di soddisfare il debito informativo verso la regione ed ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione della remunerazione, anche a titolo di acconto, corrisposta dalle A.S.L. ai soggetti erogatori o dalla regione alle A.S.L.

**1-bis.** Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4 della legge 16 novembre 2001 n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo sul personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Per tali finalità e per garantire omogeneità elaborativa, il flusso informativo sul personale sarà strutturato in modo da acquisire informazioni con dettaglio per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza personale, ai sensi della legge 31 dicembre 1996 n. 675 <sup>(42)</sup>.

2. L'esercizio delle Aziende coincide con l'anno solare. A decorrere dall'esercizio 1998, ciascuna Azienda adotta obbligatoriamente:

- a) il bilancio di esercizio;
- b) il bilancio preventivo economico annuale;
- c) il bilancio pluriennale di previsione;

---

<sup>(41)</sup> L'articolo è stato inserito dalla lett. c) del primo comma dell'art. 6 della L.R. 8 febbraio 2005, n. 6.

<sup>(42)</sup> Il comma è stato aggiunto dal nono comma dell'art. 7 della L.R. 5 agosto 2002, n. 17.

e le seguenti scritture obbligatorie:

- a) il libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b) il libro delle adunanze del collegio dei revisori;
- c) il libro giornale;
- d) il libro degli inventari;
- e) il libro dei cespiti ammortizzabili;
- f) il repertorio dei contratti.

**3.** È fatto inoltre obbligo di contabilizzare separatamente i costi, i ricavi ed i proventi derivanti da:

- a) attività socio assistenziali e attività socio assistenziali di rilievo sanitario assegnate dalla presente legge;
- b) attività libero professionale intramuraria;
- c) accordi con le Università per le attività diverse da quelle assistenziali.

**4.** Il direttore generale deve redigere il bilancio d'esercizio costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa, predisposti su schemi adottati dalla giunta regionale in conformità a quanto previsto dal decreto interministeriale 20 ottobre 1994. Al bilancio di esercizio deve essere allegata anche una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. Il bilancio d'esercizio deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'Azienda, nonché il risultato economico dell'esercizio. A tal fine si applicano i principi stabiliti dal terzo e quarto comma dell'art. 2423 del codice civile, così come integrato e modificato dal decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, in particolare, ai fini di cui al comma 1, numero 2, dell'art. 2423 bis del codice civile. Gli utili sono costituiti dal risparmio prodotto dalla gestione dell'azienda. Gli utili conseguiti devono essere attribuiti ad una riserva del patrimonio netto che deve essere utilizzata prioritariamente a ripiani di perdite d'esercizio precedenti e, successivamente, a discrezione dell'azienda, per investimenti ed incentivi al personale<sup>(43)</sup>. Il direttore generale è tenuto altresì ad adempiere a quanto prescritto dall'art. 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468.

**5.** Il bilancio di esercizio annuale delle A.S.L., dei presidi delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere viene deliberato dal direttore generale. Le A.S.L. inviano copia del bilancio di esercizio alla conferenza dei sindaci per le A.S.L., copia è altresì depositata entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza presso apposito ufficio della regione ed è reso pubblico ai sensi di legge.

**6.** Il bilancio preventivo economico annuale fornisce la rappresentazione del previsto risultato economico complessivo dell'Azienda sanitaria per l'anno considerato, determinato dalla contrapposizione dei ricavi, dei proventi e dei costi di esercizio previsti, nonché dalle variazioni dello stato patrimoniale. Il bilancio pluriennale è elaborato con riferimento al piano pluriennale e agli altri strumenti della programmazione adottati dalle Aziende e ne rappresenta l'attuazione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco

<sup>(43)</sup> Il periodo è stato sostituito dalla lett. d) del terzo comma dell'art. 4 della L.R. 20 dicembre 2002, n. 32.

considerato. Il suo contenuto è articolato per anno ed è annualmente aggiornato per scorrimento.

**7.** Il bilancio pluriennale e il bilancio economico preventivo sono deliberati dal direttore generale entro il 30 novembre di ciascun anno per l'esercizio successivo e trasmessi entro 10 giorni alla giunta regionale e, relativamente alle A.S.L., alla conferenza dei sindaci. Entro tale ultima data va altresì approvato, con le stesse procedure, il bilancio di previsione per le attività socio-assistenziali.

**7-bis.** I direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario della gestione ed il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico coerenti e conseguenti con il piano strategico e di organizzazione aziendale e con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405<sup>(44)</sup>.

**7-ter.** Ai fini di cui al comma 7 bis, i direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche sono tenuti a presentare alle direzioni generali competenti in materia socio-sanitaria ogni tre mesi una certificazione, corredata dal parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale e al rispetto degli obiettivi economico finanziari di cui al comma 7 bis con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi, i direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche sono tenuti contestualmente a presentare un *piano*, corredata dal parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre<sup>(44)</sup>.

**7-quater.** Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro i successivi quindici giorni<sup>(45)</sup>.

**7-quinquies.** La decadenza automatica di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2000, n. 289 opera nei seguenti casi:

---

<sup>(44)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. b) del primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26. e poi sostituito dal terzo comma dell'art. 4 della L.R. 24 marzo 2003, n. 3.

<sup>(45)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. b) del primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26.

- a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui al comma 7 ter nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- b) mancata presentazione del piano di cui al comma 7 ter nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come stabilito nell'ultimo periodo del comma 7 ter <sup>(44)</sup>.

**7-sexies.** In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge Finanziaria 2005"), le disposizioni di cui ai commi 7 bis, 7 ter, 7 quater e 7 quinquies si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazione ai sensi del D.Lgs. 288/2003 <sup>(46)</sup>.

**8.** Entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la giunta regionale identifica gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere. In caso di dissesto, dichiarato con provvedimento della giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico ed il suo rapporto contrattuale viene risolto di diritto. Al suo posto la giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'art. 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito in legge 17 ottobre 1994, n. 590, un direttore generale con il compito di adottare, entro 90 giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla giunta regionale per la sua approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale.

**9.** La giunta regionale riorganizza il sistema informativo anche al fine di dare attuazione all'art. 10 dei decreti di riordino, ed in particolare di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematica la verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni e per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo socio-sanitario, articolato a livello regionale e locale, deve assicurare i flussi informativi verso il ministero della sanità, l'ISTAT e gli altri istituti centrali. Esso è organizzato secondo criteri e modalità che saranno definiti entro 180 giorni dall'approvazione della presente legge con provvedimento della giunta regionale e secondo i seguenti principi:

- a) costituire il centro di coordinamento operativo delle unità periferiche confluenti nel sistema informativo locale;
- b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione agli altri servizi dei settori competenti;

---

<sup>(44)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. b) del primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26. e poi sostituito dal terzo comma dell'art. 4 della L.R. 24 marzo 2003, n. 3.

<sup>(46)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. d) del primo comma dell'art. 6 della L.R. 8 febbraio 2005, n. 6.

- c) operare in stretto coordinamento con l'osservatorio epidemiologico regionale, di cui al successivo comma 10, quale fonte dei dati che l'osservatorio elabora e utilizza per adempiere alle proprie funzioni;
- d) diffondere informazioni provenienti da fonti nazionali e comunitarie sul territorio regionale rendendo tempestiva la diffusione di notizie di carattere scientifico e sanitario.

**9-bis.** La carta regionale dei servizi, strumento di accesso al sistema informativo socio sanitario, sostituisce, a far data dalla sua emissione, la tessera sanitaria. Gli erogatori di prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale aderiscono al sistema informativo socio sanitario secondo le modalità definite dalla Giunta regionale <sup>(47)</sup>.

**10.** Nell'ambito della competente direzione generale della giunta regionale è organizzato l'osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:

- a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario di opportuni strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;
- b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardino lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;
- c) elaborare i dati provenienti dalle Aziende sanitarie al fine di produrre le statistiche sanitarie correnti;
- d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;
- e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;
- f) identificare i fattori eziologici responsabili della patogenesi delle malattie e di quelle condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;
- g) programmare ed attuare indagini rivolte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e al miglioramento degli interventi sanitari;
- h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle Aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico.

L'osservatorio epidemiologico regionale attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni e con il laboratorio epidemiologico dell'istituto superiore di sanità.

**11.** L'attività contrattuale delle Aziende è disciplinata dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia, nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità e trasparenza nella gestione della spesa. La giunta regionale emana direttive in ordine all'attività contrattuale delle Aziende,

---

<sup>(47)</sup> Il comma è stato inserito dalla lett. e) del terzo comma dell'art. 4 della L.R. 20 dicembre 2002, n. 32.



approvando anche apposito schema tipo di regolamento da proporre alle Aziende sanitarie. Il personale in servizio negli ambiti o presidi confluenti nelle A.S.L. o nelle Aziende ospedaliere è attribuito alle medesime e viene utilizzato dal direttore generale nell'ambito del piano di organizzazione dell'Azienda.

**11-bis.** Le aziende sanitarie sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando i contratti o le convenzioni stipulati sulla base dell'articolo 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2001) e dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2000)), eccetto per singoli acquisti di cui sia dimostrata la convenienza. La Giunta regionale definisce le modalità operative necessarie al perfezionamento delle procedure di adesione, i presupposti e le condizioni per l'esercizio della facoltà delle aziende sanitarie di non aderire ai contratti o alle convenzioni per singoli acquisti in caso di dimostrata convenienza, nonché le conseguenze amministrative derivanti dall'inosservanza delle disposizioni di cui al presente comma <sup>(48)</sup>.

**12.** Presso la competente direzione generale della giunta regionale viene mantenuto aggiornato il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative. Le dotazioni organiche delle Aziende sono approvate e variate con provvedimento del direttore generale, in coerenza alla metodologia per la determinazione dei carichi di lavoro e con riferimento sia alle accertate necessità dei servizi, sia alla disponibilità di risorse economiche, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative. L'assunzione del personale avviene secondo le modalità stabilite dal regolamento applicativo delle disposizioni di cui all'art. 18 dei decreti di riordino. I compensi per i componenti le commissioni esaminatrici sono liquidati nella misura stabilita dal decreto del presidente del consiglio dei ministri 23 marzo 1995, ridotta del 10%.

### ***Art. 15. – Le disposizioni transitorie e finali.***

**1.** In sede di prima applicazione della presente legge e fino all'emanazione del primo piano sanitario regionale e del secondo piano socio-assistenziale regionale le attività sanitarie socio-assistenziali e socio-assistenziali di carattere sanitario attribuite o delegate alle Aziende sono disciplinate in conformità ai seguenti criteri:

- a) in ogni ambito territoriale tutte le attività assegnate alle Aziende sono riordinate attraverso il piano di organizzazione delle Aziende stesse, mediante modalità compatibili con il volume di risorse disponibili;
- b) nei distretti sono organizzate le attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello, sulla scorta delle indicazioni contenute nel piano sanitario nazionale 1994/96, secondo criteri di

---

<sup>(48)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. c) del primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26.

complementarità, nonché le attività socio-assistenziali, sulla scorta delle indicazioni contenute negli strumenti di programmazione regionale.

2. Fino all'adozione del piano di organizzazione della azienda sanitaria non si può procedere alla istituzione o alla copertura di posti di posizione funzionale apicale oltre il 60% dei posti disponibili. Fino all'adozione di detto piano si dà applicazione alla regolamentazione, anche provvisoria, adottata dai direttori generali delle aziende istituite ai sensi della l.r. 15 settembre 1993, n. 28, procedendo comunque all'accorpamento dei servizi omogenei ed affidandone la responsabilità al dirigente confluito con maggiori titoli acquisiti nella funzione. I titoli vanno valutati ai sensi della normativa di cui al decreto ministeriale 30 gennaio 1982.

3. In sede di prima applicazione ed in deroga alle norme contenute nella presente legge, limitatamente ai tempi previsti per la sperimentazione gestionale, l'attività delle Aziende ospedaliere aventi sede nell'ambito territoriale della città di Milano, è organizzata secondo i criteri sperimentali approvati dalla conferenza permanente fra lo Stato e le regioni il 13 febbraio 1997 con protocollo di intesa, conseguente al progetto approvato, in applicazione dell'art. 9 bis dei decreti di riordino, il 21 dicembre 1995 ed avente ad oggetto "Linee guida per la definizione di un modello istituzionale ed organizzativo per il governo delle Aziende sanitarie pubbliche della città di Milano".

4. Allo scopo di garantire l'integrazione ed il coordinamento delle funzioni socio-sanitarie svolte dalla A.S.L. di Milano con quelle sociali di competenza del comune di Milano, a quest'ultimo resta affidato, in deroga alla normativa di cui alla presente legge, un compito di generale organizzazione, programmazione e finanziamento dei servizi di assistenza sociale per l'intero territorio comunale, così come già previsto dall'art. 14, comma 5, della l.r. 7 gennaio 1986, n. 1.

5. I rapporti tra il comune di Milano e la A.S.L. di Milano sono disciplinati da un protocollo di intesa, il cui schema quadro è approvato con deliberazione della giunta regionale.

6. In sede di prima applicazione della presente legge, la costituzione delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere ha luogo con decreto del presidente della giunta regionale. L'insediamento dei direttori generali ha luogo il 1° gennaio 1998, in corrispondenza con l'inizio dell'esercizio finanziario. Al fine di garantire la continuità nella gestione delle aziende A.S.L. ed ospedaliere, la giunta regionale è autorizzata a provvedere alla nomina dei commissari straordinari in tutti i casi di vacanza delle direzioni generali fino a tale data.

7. Ai fini di cui al precedente comma 6, la giunta regionale, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, indice, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito in legge 17 ottobre 1994, n. 590, avviso per il conferimento di incarico di direttore generale. Entro il 31 ottobre 1997 completa le relative procedure.

8. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto 10 febbraio 1995 "Modificazioni al D.P.R. 31 luglio 1980, n. 616 in materia di assistenza

sanitaria ai cittadini del comune di Campione d'Italia", la giunta regionale, entro 30 giorni dall'approvazione della presente legge, emana direttive per l'organizzazione ed il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.

**9.** Nell'ambito del fondo sanitario regionale, è autorizzata, conformemente al disposto dell'art. 6, comma 5, della legge 23 dicembre 1994 n. 724, la costituzione di un fondo straordinario di riequilibrio, con ammontare decrescente, determinato ai sensi dell'art. 22, comma 1, della l.r. 31 marzo 1978, n. 34, e successive modificazioni, al fine di assicurare la necessaria gradualità nella transizione verso il sistema di finanziamento per quota capitaria o a tariffa predeterminata.

**10.** Al fondo straordinario di cui al precedente comma si applica l'art. 36, comma 7 quinquies, della l.r. 31 marzo 1978, n. 34, in relazione agli altri capitoli di spesa corrente di cui all' art. 13, comma 9.

**11.** L'assegnazione del fondo di riequilibrio di cui al precedente comma 9 può essere disposta a fronte di un programma di rientro in condizioni di equilibrio economico-finanziario, da perseguire nell'arco di un triennio. Tale fondo, già determinato per l'esercizio 1995 in L. 1400 miliardi, non può superare, nei due successivi esercizi, rispettivamente il 70% ed il 35% dell'importo attribuito per l'esercizio 1995.

**12.** Con riferimento all'art. 3, comma 2, della l.r. 15 settembre 1993, n. 28, qualora sussistano finanziamenti in conto capitale o comunque vincolati ad investimenti, o contratti di appalto in essere per gli investimenti suddetti, nella titolarità degli uni e degli altri subentrano le Aziende cui sono destinate le spese finanziate.

**13.** Nel caso in cui le Aziende costituite ai sensi della l.r. 15 settembre 1993, n. 28, avessero provveduto ad attribuire, con rituale procedura, l'assegnazione del servizio di tesoreria e nella A.S.L. o Azienda ospedaliera costituite ai sensi della presente legge risultassero copresenti più titolari di detti rapporti, essi possono costituirsi in consorzio temporaneo, fino alla scadenza contrattuale. Nel caso in cui ciò non fosse avvenuto, l'azienda procede ad indire nuova gara, assegnando temporaneamente il servizio al tesoriere dell'A.S.L. o dell'Azienda ospedaliera che nell'esercizio precedente ha avuto assegnato il maggior finanziamento di parte corrente.

**14.** La sottoscrizione degli atti e dei provvedimenti, secondo le disposizioni contenute nella presente legge, spetta al Presidente della Giunta Regionale ovvero all'assessore da questi delegato nonché al dirigente della struttura regionale competente, sulla base del riparto delle funzioni di cui alla l.r. 16/1996<sup>(49)</sup>.

**15.** Ai fini della realizzazione e ampliamento di strutture di ricovero e cura, ovvero per la trasformazione in strutture di ricovero e cura, i comuni, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e

---

<sup>(49)</sup> Il comma è stato sostituito dal comma 32 dell'art. 2 della L.R. 14 gennaio 2000, n. 2.

concessioni, acquisiscono, da parte della Giunta regionale, la verifica di compatibilità dei progetti con la programmazione sanitaria regionale <sup>(50)</sup>.

**15-bis.** Ai fini dell'adeguamento delle strutture sanitarie accreditate ai requisiti minimi (senza aumento di posti letto) di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, la concessione edilizia è rilasciata ai sensi dell'articolo 41-quater della legge 17 agosto 1942, n. 1150 in deroga alle norme del piano regolatore generale e in deroga agli standard di cui all'articolo 22 della legge regionale 15 aprile 1975, n. 51 <sup>(51)</sup>.

**15-ter.** Al fine di garantire gli attuali livelli di sicurezza igienico sanitaria, le aziende ospedaliere, le ASL e le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private della Regione Lombardia, procedono al trattamento dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo secondo le modalità di sicurezza già raggiunte con il decreto ministeriale 26 giugno 2000, n. 219 (Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22 <sup>(52)</sup>.

**16.** Sono abrogate le disposizioni incompatibili con la presente legge.

#### ***Art. 16. – Dichiarazione d'urgenza.***

**1.** La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'art. 127 della Costituzione e dell'art. 43 dello Statuto regionale ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione.

---

<sup>(50)</sup> Il comma già sostituito dall'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 3 è stato ulteriormente sostituito dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26.

<sup>(51)</sup> Il comma è stato aggiunto dal primo comma dell'art. 4 della L.R. 2 febbraio 2001, n. 4.

<sup>(52)</sup> Il comma è stato aggiunto dalla lett. d) del primo comma dell'art. 4 della L.R. 17 dicembre 2001, n. 26.