



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 73/12

di iniziativa del Consigliere K. GENTILE recante:

"Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"

relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	14/06/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	14/06/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 73/XII pag. 4
"Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)".

Normativa citata

Legge 22 dicembre 1888, n. 5849 - (art. 59) pag. 14
"Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno."

Legge 30 marzo 2001, n. 130 pag. 15
"Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri"

Legge regionale 2 luglio 2020, n. 14 (art. 1, lett. c) pag. 20
"Materia funeraria e di polizia mortuaria. Modifiche alla legge regionale 48/2019 e abrogazione della legge regionale 53/2019."

Legge regionale 29 novembre 2019, n. 48 pag. 21
"Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria."

Normativa nazionale

Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (art. 343) pag. 50
"Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie"

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 (artt. 78-81) pag. 51
"Approvazione del regolamento di polizia mortuaria."

Regio Decreto 16 marzo 1942-XX, n. 262 pag. 54
"Codice Civile artt. 5, 587 e segg."

Normativa comparata

Legge regionale 04 marzo 2010, n. 18 - Veneto pag. 58
"Norme in materia funeraria."

Legge regionale 9 aprile 2015 , n. 11 - Umbria pag. 86
"Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali."

Legge regionale 10 agosto 2012, n. 41 (agg. 2021) - Abruzzo pag. 256
"Disciplina in materia funeraria e di polizia mortuaria."

Legge regionale 29 luglio 2004, n. 19 (agg. 2019) - Emilia Romagna pag. 272
"DISCIPLINA IN MATERIA FUNERARIA E DI POLIZIA MORTUARIA"

Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (artt. 67 - 77) agg. - Lombardia pag. 278
"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"

Legge regionale 31 maggio 2004, n. 29 (agg. 2016) - Toscana pag. 410
Affidamento , conservazione e dispersione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti.

Legge regionale 31 ottobre 2007, n. 20 - Piemonte pag. 413
"Disposizioni in materia di cremazione, conservazione, affidamento e dispersione delle ceneri"

Documentazione correlata

Consiglio dei Ministri. Comunicato del 23 gennaio 2020 pag. 419

Dipartimento per gli Affari Regionali - rinuncia impugnativa l.r. n. 48/2019 pag. 425
"Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria- Regione Calabria"



Consiglio regionale della Calabria

Proposta di legge regionale recante:

**“Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale
29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di
polizia mortuaria)”**

Il Consigliere regionale proponente:

f.to On.Katya Gentile

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante:</i> <i>“Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)”</i>
--	---

Relazione illustrativa

La presente iniziativa legislativa, “Disciplina della cremazione”, interviene a colmare un vuoto normativo su una materia delicata che investe credenze religiose e sensibilità personali con l’intento di salvaguardare la libertà di scelta e il rispetto della volontà del defunto.

Fino al recente passato l’usanza di incenerire i corpi dei defunti è stata limitata da riserve di vario tipo, in particolare dall’idea che tutto svanisca con la salma che brucia tra le fiamme e che cremare una persona cara, quindi, precluda il cammino verso immortalità.

Se guardiamo alla storia, fin dai tempi più antichi le civiltà che si sono susseguite hanno affermato posizioni diversificate su come onorare i propri defunti.

Gli Egizi e i Babilonesi preferivano custodire le salme dei loro sovrani all’interno di monumenti grandiosi, imbalsamate e accompagnate da un ricco corredo di beni da portare con sé nell’aldilà.

Altri popoli, come gli Ittiti e i Fenici, invece, praticavano la cremazione e l’inumazione. I Vichinghi affidavano il corpo al mare, in una barca che veniva incendiata.

Gli antichi Greci bruciavano i cadaveri dei loro eroi per celebrarne l’ascesa all’Olimpo.

Dai ritrovamenti archeologici riguardanti gli Etruschi si è constatato che essi erano soliti incenerire gli adulti maschi e i personaggi più eminenti delle rispettive comunità.

I Romani introdussero il *colombarium*, una serie di nicchie adiacenti in cui andavano disposte le ceneri dei defunti. Nelle Tavole delle Leggi del 490 A.C. troviamo scritta una sentenza ripresa anche da Cicerone: “Hominem mortuum in urbe ne sepelito neve urito”, cioè “Vietato seppellire o cremare morti all’interno della città”.

In Italia, nel corso dei secoli, convinzioni religiose e culturali hanno ridimensionato l’importanza della cremazione, che ha cominciato a riaffermarsi nel corso dell’Ottocento, quando si sviluppò un vero e proprio movimento cremazionista che promuoveva i vantaggi di tale pratica rispetto all’inumazione sotto il profilo igienico ed economico.

Nel 1875 fu costruito il primo forno crematorio.

Con la legge del 22 dicembre 1888 n. 5849 “Sulla tutela dell’igiene e della sanità pubblica”, la cosiddetta legge “Crispi – Pagliani”, vengono definite all’art.59 le regole da seguire per la cremazione.

Con il Concilio Vaticano II del 1963 anche la Chiesa consentì questa pratica, affermando che la cremazione non è «di per sé contraria alla religione cristiana» e che non devono essere più negati i sacramenti e le esequie a coloro che abbiano chiesto di farsi cremare.

Tornando ai giorni nostri, l’ultima rilevazione Istat riferita al 2019 su cremazioni, mortalità e sepolture, indica una sostanziale stabilità dei decessi e conferma la tendenza oramai consolidata alla crescita delle cremazioni; un fenomeno ampiamente diffuso nel Nord Italia e meno nel resto della Penisola, ma ovunque in crescita.

L’Istat ha certificato che nell’anno 2019 su 634.432 morti la cremazione ha riguardato quasi un terzo dei defunti:

Inumazioni di feretri 119.401 pari al 18,83%

Tumulazioni di feretri 320.362 pari al 50,50%

Cremazioni di feretri 194.669 pari al 30,68% - (+1,75%, rispetto al 2018).

Alle 194.669 cremazioni di cadavere si devono aggiungere 38.305 cremazioni di resti mortali per un totale di 232.974.

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante:</i> <i>"Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"</i>
--	---

Attualmente, secondo quanto riportato nell'ultimo rapporto di Sefit Utilitalia (circolare n. 1914 del 30 Agosto 2021, avente ad oggetto: "Statistiche sulle cremazioni effettuate in Italia nel 2020") il ricorso alla cremazione risulta essere in forte crescita in Italia.

I forni crematori attivi ed operanti sul territorio sono 87, solo nel 2020 sono state effettuate 247.840 cremazioni di feretri, con un incremento del 27,31% rispetto al 2019, il che ci colloca al quarto posto in Europa per numero di cremazioni dietro a Gran Bretagna, Germania e Francia.

Altro dato emergente dal suddetto rapporto è che tale aumento è concentrato principalmente nelle regioni del Nord, solo in misura più contenuta al Centro e al Sud, per via del fatto che nelle prime la presenza di impianti deputati alla cremazione è decisamente maggiore.

L'esiguità degli impianti nel Meridione comporta una serie di disagi e criticità, sia per i familiari dei defunti che scelgono di essere cremati, obbligati a trasferire il feretro in altre regioni e quindi a sostenere un maggior esborso economico, con il rischio concreto di essere inseriti in liste d'attesa molto lunghe, quanto per gli amministratori degli impianti che si trovano a dover gestire un sovraccarico di richieste.

L'ingente domanda di cremazione al Sud è motivata altresì dalla carenza di posti feretro e la disponibilità di spazi sempre più esigua delle regioni in cui viviamo, rende difficile ampliare i cimiteri, generando un aumento dei costi sia per la pubblica amministrazione che per il cittadino.

È innegabile che in Calabria quella dei cimiteri sia una emergenza che si trascina da anni e la carenza di spazi, i feretri accatastati e le liste di attesa interminabili per la concessione di un loculo, sottopongono i familiari ad una ulteriore sofferenza, risultando lesivi della dignità umana e prolungando oltremodo i tempi di una degna sepoltura.

I vantaggi della cremazione sono molteplici e di diversa natura.

In primis, la sepoltura tradizionale ha dato luogo a cimiteri che nel tempo sono diventati gigantesche ed ingombranti strutture di difficile gestione economica per le pubbliche amministrazioni.

Un maggiore ricorso alla cremazione consentirebbe di limitare l'uso del suolo pubblico per l'espansione delle aree cimiteriali, con la possibilità per gli Enti comunali di destinare tali terreni ad altre finalità urbanistiche.

Negli ultimi anni, infatti, molti comuni italiani hanno previsto finanziamenti come contributo alla pratica della cremazione.

Inoltre, i costi cimiteriali per il cittadino sono nettamente inferiori rispetto a quelli di una sepoltura tradizionale e addirittura si azzerano nel caso di affidamento o dispersione in natura delle ceneri.

Invero, le cellette per la conservazione delle urne hanno costi di concessione inferiore rispetto ai loculi cui sono destinati i feretri e, quando lo spazio disponibile lo consente, l'urna può essere collocata anche all'interno di un loculo di un familiare.

Alle ragioni di convenienza si sommano quelle del rispetto per l'ambiente.

Partendo dalla constatazione che tutte le tecniche legate ai riti funebri, tumulazione, inumazione e cremazione, hanno un indubbio impatto ambientale, occorre fare alcune considerazioni.

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante:</i> <i>“Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)”</i>
--	---

Si pensi in primo luogo all’abbattimento di alberi per ricavare il legno necessario a costruire le bare tradizionali, le quali, in caso di inumazione, una volta interrate, inquinano il suolo e le falde rilasciando le sostanze tossiche di cui sono composte come zinco e vernici.

Altro aspetto rilevante, scaturisce dalla constatazione che, attualmente, le salme si decompongono molto meno facilmente di quanto non accadesse fino a un paio di generazioni fa, sia per l’utilizzo di bare ermeticamente sigillate, sia a causa dei farmaci che assumiamo nel corso della vita e dei conservanti contenuti in molti alimenti di cui ci nutriamo, rallentando così il naturale processo di dissolvimento su cui sono basate le consuetudini e le norme cimiteriali. Il risultato è che spesso si è impossibilitati a rimuovere i resti mortali per raccogliarli in contenitori di minori dimensioni nei tempi previsti dalla normativa vigente.

A fronte di tali constatazioni è indubbio che la cremazione nel breve periodo comporti dispendio di energia e immissione nell’atmosfera di alcune sostanze, ma si consideri pure l’inesistente impatto ambientale nel lungo periodo e gli sviluppi delle moderne tecnologie, che consentono la realizzazione di impianti ecosostenibili, in grado di ridurre l’emissione di sostanze inquinanti, attraverso l’utilizzo di carburanti alternativi.

Per tali ragioni la pratica della cremazione si rivela nel complesso la scelta a più basso impatto ambientale.

Prima di analizzare i contenuti della proposta, è opportuno richiamare brevemente il contesto di riferimento normativo in cui si colloca.

Alla legge 30 Marzo 2001, n.130 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersioni delle ceneri) ha fatto seguito la legge della Regione Calabria del 29 Novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria) che comprendeva anche la pratica funeraria della cremazione.

Successivamente, per effetto della legge regionale 02 Luglio 2020, n.14, art. 1, lett. c), è stato abrogato l’art.16 della legge regionale n.48 del 2019 che disciplinava la materia oggetto della presente proposta di legge.

Anche a seguito di numerose sollecitazioni provenienti dalla società civile, si è ritenuto necessario intervenire su una materia che ad oggi non risulta disciplinata dalla Regione Calabria.

Il testo si compone di n. 3 articoli.

Il primo articolo contiene le integrazioni al testo normativo della legge regionale n.48 del 2019.

Nello specifico i 5 articoli integrativi vanno a:

definire la cremazione;

disciplinare l’autorizzazione alla cremazione;

regolamentare l’affidamento, la conservazione e la dispersione delle ceneri;

demandare all’esecutivo la redazione del Piano regionale di programmazione;

regolamentare le informazioni che la Regione Calabria, in cooperazione con i comuni, deve fornire ai cittadini.

L’articolo 2, rubricato “clausola di invarianza finanziaria”, motiva l’aspetto economico relativo all’attuazione della presente proposta di legge.

L’articolo 3 definisce l’entrata in vigore della legge.

 Consiglio regionale della Calabria	Proposta di legge regionale recante: “Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)”
---	---

Relazione Tecnico - Finanziaria

Gli obiettivi prefissi dalla presente proposta di legge recano disposizioni esclusivamente ordinamentali che disciplinano la materia della cremazione e pertanto non sono previsti oneri, né risulta necessario impegnare ulteriori o diversi fondi previsti nel bilancio generale della Regione Calabria.

L' art. 1 “Disciplina della cremazione” è meramente regolamentare e di indirizzo. Da ciò deriva che non vi è alcun impatto sul bilancio regionale.

Si rende noto che la realizzazione dei crematori prevista dall'art. 16 quinquies non comporta alcuna spesa per l'ente Regione in quanto è demandata ai comuni, anche in forma associata, sulla base del piano regionale di coordinamento elaborato dalla Giunta Regionale.

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

Titolo: Proposta di legge recante: "Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"

Tab. 1 - Oneri finanziari:

Articolo	Descrizione Spese	Tipologia I o C	Carattere Temporale A o P	Importo
1	Integrazione alla legge regionale 29 novembre 2019, n. 48	//	//	0,00 Euro
2	Clausola di invarianza finanziaria	//	//	0,00 Euro
3	Entrata in vigore	//	//	0,00 Euro

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

Atteso che la presente legge reca disposizioni di carattere ordinamentale che non implicano nuovi o maggiori oneri finanziari per il bilancio regionale, non vengono esplicitati i criteri di quantificazione.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Indicare nella Tabella 2 il Programma e/o capitolo del bilancio di copertura degli oneri finanziari indicate nella tabella 1.

Programma/ Capitolo	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Totale
//	//	//	//	//
Totale	//	//	//	//

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante: "Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"</i>
--	--

Proposta di legge regionale recante: "Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"

Art. 1

(Integrazione alla legge regionale 29 novembre 2019, n. 48)

1. Dopo l'articolo 16 della legge regionale 29 novembre 2019, n. 48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria), abrogato dalla legge regionale 20 luglio 2020, n. 14 (Materia funeraria e di polizia mortuaria. Modifiche alla legge regionale 48/2019 e abrogazione della legge regionale 53/2019), sono inseriti i seguenti:

"Art. 16-bis

(Cremazione)

1. La cremazione è una pratica funeraria attraverso la quale il cadavere o i resti mortali, mediante un processo di combustione, vengono trasformati in ceneri.
2. L' elemento centrale del processo di cremazione è il forno crematorio.
3. Ogni salma, all'interno della propria bara, è immessa singolarmente all'interno del forno crematorio.
4. Il processo che regola tale pratica funeraria avviene nel rispetto dei principi sanciti dalla Costituzione, dalla normativa statale e secondo le modalità stabilite dalla medesima normativa.
5. Presso ogni Comune è istituito un apposito registro nel quale vengono riportati i soggetti che hanno espresso la propria volontà alla cremazione, le informazioni relative all'affidamento, alla conservazione e alla dispersione delle ceneri. In qualsiasi momento il soggetto può richiedere la cancellazione dal registro della cremazione.

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante: "Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"</i>
--	--

6. I crematori sono realizzati nell'ambito dell'area cimiteriale e sono gestiti dai comuni, anche in forma associata tra loro, direttamente o affidati a terzi nei modi previsti per i servizi pubblici locali di rilevanza economica, nel rispetto della normativa statale e comunitaria vigente e secondo quanto previsto dal piano regionale di coordinamento di cui all'articolo art. 16-quinquies.

7. Il Comune, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio, in caso di indigenza del defunto o dei suoi familiari ovvero in caso di disinteresse, assicura la cremazione dei cadaveri delle persone residenti e di quelle decedute nel proprio territorio.

Art. 16-ter

(Autorizzazione alla cremazione)

1. L'autorizzazione alla cremazione, previa acquisizione del certificato necroscopico, è rilasciata dall'ufficiale di stato civile del Comune di decesso o dallo stesso soggetto del Comune di conservazione del feretro.

L'autorizzazione alla cremazione di resti mortali non richiede la certificazione del medico necroscopo.

2. L'autorizzazione è concessa sulla base della volontà manifestata dal defunto o dai suoi familiari o dal legale rappresentante in caso di minori e persone interdette, secondo le modalità previste dalla lettera b), comma 1, articolo 3 della legge 30 marzo 2001, n.130.

Art. 16-quater

(Affidamento, conservazione e dispersione delle ceneri)

1. Le ceneri derivanti dalla cremazione sono conservate in apposita urna cineraria sigillata ermeticamente contenente l'indicazione dei dati anagrafici del defunto.
2. La volontà in merito all'affidamento delle proprie ceneri per la conservazione o la dispersione è espressa tramite una delle seguenti modalità:

a) disposizione testamentaria del defunto;

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante: "Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"</i>
--	--

- b) dichiarazione autografa resa al Comune di residenza o di decesso, dal defunto, dal coniuge o, in mancanza, dal parente più prossimo normativamente individuato;
 - c) dichiarazione in carta libera, datata e sottoscritta dal defunto e convalidata dal legale rappresentante dell'associazione a cui il defunto risulta iscritto, che abbia tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri.
3. La consegna dell'urna cineraria, ai fini dell'affidamento o della dispersione, risulta da apposito verbale redatto, alla presenza di funzionario addetto, in triplice copia originale, che indica il soggetto affidatario, la destinazione finale dell'urna o il luogo di dispersione. Una copia del verbale è consegnata al responsabile del servizio cimiteriale, la seconda è trasmessa all'ufficiale dello stato civile che ha rilasciato l'autorizzazione alla cremazione e la terza è consegnata all'affidatario dell'urna. Le informazioni a verbale vengono riportate anche nell'apposito registro di cui all'art. 16 bis, comma 5.
4. Per la conservazione l'affidatario ha l'obbligo di custodire l'urna presso la propria abitazione o in un'area cimiteriale in modo da garantire la sicurezza da ogni forma di profanazione. In caso di spostamento dell'urna all'interno dello stesso o di altro Comune l'affidatario è tenuto a darne tempestiva comunicazione agli Enti interessati.
5. La dispersione delle ceneri è consentita:
- a) in apposite aree destinate all'interno dei cimiteri;
 - b) in natura;
 - c) in aree private, all'aperto con il consenso dei proprietari e non può in alcun modo dare luogo ad attività aventi fini di lucro;
 - d) in mare, nei laghi e nei fiumi, nei tratti liberi da natanti e da manufatti;
 - e) è vietata nei centri abitati.
6. I soggetti autorizzati alla dispersione delle ceneri sono:
- a) il coniuge o altro familiare avente diritto;
 - b) l'esecutore testamentario;
 - c) il rappresentante legale dell'associazione di cui alla lettera c), comma 2;
 - d) in mancanza dei soggetti di cui alla lettera a), b) e c), dal personale autorizzato dal Comune.



Proposta di legge regionale recante:
"Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)"

7. In assenza di volontà del defunto e in mancanza di parenti prossimi non è consentita la dispersione e l'urna cineraria è affidata al personale autorizzato dal Comune ai fini della conservazione all'interno delle aree cimiteriali.

Art. 16-quinquies

(Programmazione regionale)

1. La Giunta regionale, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, tenendo conto della distribuzione della popolazione residente, dell'indice di mortalità e dei dati statistici sulla scelta crematoria da parte dei cittadini di ciascun territorio comunale, utilizzando anche le informazioni in possesso delle associazioni che abbiano tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri, presenta per l'approvazione al Consiglio regionale il Piano regionale di coordinamento, di durata quinquennale, per la realizzazione di crematori da parte dei comuni, anche in forma associata.

2. La Giunta regionale, attraverso il Piano di coordinamento, definisce:

- a) un modello previsionale oggettivo che individui il numero dei crematori della Regione Calabria in base ai criteri definiti al comma 1 ed alla sostenibilità economico ambientale e alla efficienza degli stessi;
- b) i requisiti e le caratteristiche per la costruzione e la gestione degli impianti di cremazione, che abbiano il più basso impatto ambientale;
- c) la creazione di cinerari comuni e di aree predisposte per la dispersione delle ceneri in ambito cimiteriale;
- d) la presenza di strutture per il commiato;
- e) forme di collaborazione e coordinamento tra gli impianti regionali esistenti al fine di garantire una migliore gestione del servizio a vantaggio dei cittadini;
- f) le modalità di smaltimento dei rifiuti derivanti dalla cremazione ai sensi della normativa europea e statale vigente in materia.

 <i>Consiglio regionale della Calabria</i>	<i>Proposta di legge regionale recante:</i> <i>“Disciplina della cremazione. Integrazioni alla legge regionale 29 novembre 2019, n.48 (Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria)”</i>
--	---

Art. 16-sexsies

(Informazione ai cittadini)

1. La Regione Calabria, in cooperazione con i comuni e avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni che abbiano tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri, fornisce e promuove l'informazione ai cittadini sulla pratica funeraria della cremazione, anche con riguardo agli aspetti economici. Specifiche e dettagliate informazioni sono dedicate alle modalità attraverso cui poter manifestare la volontà alla cremazione, all'affidamento delle ceneri e alla dispersione o conservazione delle stesse.
2. All'atto della stesura del certificato di morte il medico informa i familiari del defunto sulle diverse possibilità di disposizione del cadavere.”

Art.2

(Clausola di invarianza finanziaria)

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

Art.3

(Entrata in vigore)

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



LEGGE 22 dicembre 1888 , n. 5849

Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno. (088U5849)

Vigente al : 18-11-1891

CAPO III.

Della polizia mortuaria.

Art. 59.

La cremazione dei cadaveri deve essere fatta in crematoi approvati dal medico provinciale. I comuni dovranno sempre concedere gratuitamente l'area necessaria nei cimiteri per la costruzione dei crematoi.

Le urne cinerarie contenenti i residui della completa cremazione possono essere collocate nei cimiteri, o in cappelle o templi appartenenti ad enti morali riconosciuti dallo Stato, o in colombari privati aventi destinazione stabile e in modo da essere assicurate da ogni profanazione.

L. 30-3-2001 n. 130

Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 19 aprile 2001, n. 91.

L. 30 marzo 2001, n. 130 ⁽¹⁾.

Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri.

⁽¹⁾ Pubblicata nella Gazz. Uff. 19 aprile 2001, n. 91.

1. Oggetto.

1. La presente legge disciplina la pratica funeraria della cremazione, nonché, nel rispetto della volontà del defunto, la dispersione delle ceneri.

2. Modifiche all'articolo 411 del codice penale.

1. ... ⁽²⁾.

⁽²⁾ Aggiunge due commi all'art. 411 del codice penale.

3. Modifiche al regolamento di polizia mortuaria, approvato con [decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamento adottato ai sensi dell'[articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400](#), e successive modificazioni, su proposta del Ministro della sanità, sentiti il Ministro dell'interno e il Ministro della giustizia, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, si provvede alla modifica del regolamento di polizia mortuaria, approvato con [decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#), sulla base dei seguenti principi:

a) l'autorizzazione alla cremazione spetta all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, che la rilascia acquisito un certificato in carta libera del medico necroscopo dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato ovvero, in caso di morte improvvisa o sospetta segnalata all'autorità giudiziaria, il

nulla osta della stessa autorità giudiziaria, recante specifica indicazione che il cadavere può essere cremato;

b) l'autorizzazione alla cremazione è concessa nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari attraverso una delle seguenti modalità:

1) la disposizione testamentaria del defunto, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione fatta in data successiva a quella della disposizione testamentaria stessa;

2) l'iscrizione, certificata dal rappresentante legale, ad associazioni riconosciute che abbiano tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto fatta in data successiva a quella dell'iscrizione all'associazione. L'iscrizione alle associazioni di cui al presente numero vale anche contro il parere dei familiari;

3) in mancanza della disposizione testamentaria, o di qualsiasi altra espressione di volontà da parte del defunto, la volontà del coniuge o, in difetto, del parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del codice civile e, in caso di concorrenza di più parenti dello stesso grado, della maggioranza assoluta di essi, manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso o di residenza. Nel caso in cui la volontà sia stata manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, questi inoltra immediatamente il relativo processo verbale all'ufficiale dello stato civile del comune di ultima residenza del defunto;

4) la volontà manifestata dai legali rappresentanti per i minori e per le persone interdette;

c) la dispersione delle ceneri è consentita, nel rispetto della volontà del defunto, unicamente in aree a ciò appositamente destinate all'interno dei cimiteri o in natura o in aree private; la dispersione in aree private deve avvenire all'aperto e con il consenso dei proprietari, e non può comunque dare luogo ad attività aventi fini di lucro; la dispersione delle ceneri è in ogni caso vietata nei centri abitati, come definiti dall'articolo 3, comma 1, numero 8), del [decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285](#) (Nuovo codice della strada); la dispersione in mare, nei laghi e nei fiumi è consentita nei tratti liberi da natanti e da manufatti;

d) la dispersione delle ceneri è eseguita dal coniuge o da altro familiare avente diritto, dall'esecutore testamentario o dal rappresentante legale dell'associazione di cui alla lettera b), numero 2), cui il defunto risultava iscritto o, in mancanza, dal personale autorizzato dal comune;

e) fermo restando l'obbligo di sigillare l'urna, le modalità di conservazione delle ceneri devono consentire l'identificazione dei dati anagrafici del defunto e sono disciplinate prevedendo, nel rispetto della volontà espressa dal defunto, alternativamente, la tumulazione, l'interramento o l'affidamento ai familiari;

f) il trasporto delle urne contenenti le ceneri non è soggetto alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto delle salme, salvo diversa indicazione dell'autorità sanitaria;

g) l'ufficiale dello stato civile, previo assenso dei soggetti di cui alla lettera b), numero 3), o, in caso di loro irreperibilità, dopo trenta giorni dalla pubblicazione nell'albo pretorio del comune di uno specifico avviso, autorizza la cremazione delle salme inumate da almeno dieci anni e delle salme tumulate da almeno venti anni;

h) obbligo per il medico necroscopo di raccogliere dal cadavere, e conservare per un periodo minimo di dieci anni, campioni di liquidi biologici ed annessi cutanei, a prescindere dalla pratica funeraria prescelta, per eventuali indagini per causa di giustizia;

i) predisposizione di sale attigue ai crematori per consentire il rispetto dei riti di commemorazione del defunto e un dignitoso commiato.

4. Modifica all'articolo 338 del testo unico approvato con [regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265](#).

1. Al primo comma dell'articolo 338 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con [regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265](#), dopo le parole: «almeno duecento metri dai centri abitati» sono inserite le seguenti: «, tranne il caso dei cimiteri di urne».

5. Tariffe per la cremazione.

1. Nei casi di indigenza accertata del defunto, gli oneri e le spese derivanti dalla cremazione e dagli adempimenti cimiteriali ad essa connessi possono essere sostenuti, nei limiti delle ordinarie disponibilità di bilancio, dal comune di ultima residenza del defunto, indipendentemente dal luogo nel quale avviene la cremazione, sulla base delle tariffe stabilite ai sensi del comma 2.

2. Con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della sanità, sentite l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), la Confederazione nazionale dei servizi (CONFSERVIZI), nonché le associazioni maggiormente rappresentative che abbiano fra i propri fini quello della cremazione dei propri soci, sono stabilite, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le tariffe per la cremazione dei cadaveri e per la conservazione o la dispersione delle ceneri nelle apposite aree all'interno dei cimiteri ⁽³⁾.

(3) In attuazione di quanto disposto dal presente articolo vedi il [D.M. 1° luglio 2002](#) e il [D.M. 16 maggio 2006](#).

6. Programmazione regionale, costruzione e gestione dei crematori.

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni elaborano piani regionali di coordinamento per la realizzazione dei crematori da parte dei comuni, anche in associazione tra essi, tenendo conto della popolazione residente, dell'indice di mortalità e dei dati statistici sulla scelta crematoria da parte dei cittadini di ciascun territorio comunale, prevedendo, di norma, la realizzazione di almeno un crematorio per regione.

2. La gestione dei crematori spetta ai comuni, che la esercitano attraverso una delle forme previste dall'articolo 113 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con [decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#).

3. Agli oneri connessi alla realizzazione ed alla gestione dei crematori si provvede anche con i proventi derivanti dalle tariffe di cui all'articolo 5, comma 2.

7. Informazione ai cittadini.

1. I comuni provvedono a fornire ai cittadini residenti nel proprio territorio le informazioni sulle diverse pratiche funerarie previste dall'ordinamento, anche con riguardo ai profili economici.

2. Il medico che provvede alla stesura del certificato di morte fornisce le informazioni specifiche ai familiari del defunto in ordine alle diverse possibilità di disposizione del cadavere.

8. Norme tecniche.

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'ambiente e con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, sono definite le norme tecniche per la realizzazione dei crematori, relativamente ai limiti di emissione, agli impianti e agli ambienti tecnologici, nonché ai materiali per la costruzione delle bare per la cremazione.

L.R. 28 aprile 2009, n. 14, art. 1
L.R. 9 ottobre 2006, n. 20, art. 1
L.R. 4 luglio 2007, n. 24, art. 1
L.R. 12 novembre 2013, n. 19, art. 1
L.R. 31 maggio 2004, n. 29, art. 1
L.P. 20 giugno 2008, n. 7, art. 1
L.R. 25 settembre 2009, n. 24, art. 1

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

Legge regionale 2 luglio 2020, n. 14

Materia funeraria e di polizia mortuaria. Modifiche alla legge regionale 48/2019 e abrogazione della legge regionale 53/2019.

(BURC n. 66 del 2 luglio 2020)

Art. 1

(Modifiche alla [l.r. 48/2019](#))

1. Alla [legge regionale 29 novembre 2019, n. 48](#) (Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria) sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) l'articolo 2 è abrogato;
 - b) alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 8, le parole: "stabilmente assunto con regolare rapporto di lavoro con il richiedente," sono sostituite con le parole: "assunto secondo la normativa statale vigente in materia,";
 - c) l'articolo 16 è abrogato.

Art. 2

(Abrogazione della [l.r. 53/2019](#))

1. La [legge regionale 5 dicembre 2019, n. 53](#) (Interpretazione autentica dell'art. 8, comma 2, della legge regionale 29 novembre 2019, n. 48 (Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria)) è abrogata.

Art. 3

(Clausola di invarianza finanziaria)

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

Art. 4

(Entrata in vigore)

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

Legge regionale 29 novembre 2019, n. 48

Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria.

(BURC n. 133 del 29 novembre 2019)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle leggi regionali 5 dicembre 2019, n. 53; 2 luglio 2020, n. 14)

(Il Governo, con delibera C.d.M. del 23 gennaio 2020, ha deciso di impugnare gli articoli 2, 8 e 16 della presente legge.

Successivamente, con delibera n.64 del 30 settembre 2020, il C.d.M. ha dichiarato di rinunciare al ricorso in quanto la Regione, con successiva legge regionale, ha modificato le disposizioni impugnate adeguandole alla normativa statale di riferimento.)

Titolo I

Finalità e definizioni

Art. 1

(Finalità, principi e ambito di applicazione)

1. La Regione Calabria assicura la dignità delle scelte personali in materia di disposizione del proprio corpo nell'evenienza del decesso, in un quadro di rispetto delle idee, delle convinzioni e dei sistemi valoriali.
2. La presente legge disciplina il complesso dei servizi e delle funzioni in ambito funebre e di polizia mortuaria, al fine di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi e di uniformare le attività pubbliche e gestionali ai principi di evidenza scientifica, efficienza, economicità ed efficacia delle prestazioni, tenuto conto degli interessi pubblici preordinati alla tutela della salute pubblica, dell'igiene e della sicurezza.
3. In particolare, la presente legge:
 - a) disciplina le procedure relative alla polizia mortuaria, anche per quanto attiene ai profili igienico-sanitari;
 - b) armonizza, nell'ambito della polizia mortuaria, le attività certificate, di vigilanza e di controllo da parte degli enti competenti;
 - c) regola le condizioni e i requisiti per l'esercizio delle attività mortuarie e funebri affinché le stesse siano svolte nel rispetto delle finalità e delle garanzie di cui alla presente legge.

Art. 2

(Definizioni)

1. *Ai fini della presente legge:*
 - a) *per «salma» si intende il corpo umano rimasto privo delle funzioni vitali fino a ventiquattro ore dalla constatazione di decesso o prima dell'accertamento della morte;*
 - b) *per «cadavere» si intende la salma, dopo le ventiquattro ore dalla constatazione di decesso o dell'accertamento della morte ai sensi di quanto previsto dalla legislazione vigente;*
 - c) *per «resto mortale» si definisce il risultato della completa scheletrizzazione di un cadavere ovvero, per salme inumate, l'esito della trasformazione delle stesse allo scadere del turno almeno decennale di rotazione per effetto di mummificazione o saponificazione e, per salme tumulate, l'esito della trasformazione allo scadere di concessioni della durata di oltre venti anni per effetto di corificazione;*
 - d) *per «attività di polizia mortuaria» si intendono le attività di autorizzazione, di vigilanza e di controllo da parte degli enti individuati dalla presente legge;*
 - e) *per «servizi funebri» si intendono le attività imprenditoriali svolte congiuntamente nel rispetto delle ineludibili esigenze di sanità, di ordine pubblico, di sicurezza e di*

ottemperanza a regola d'arte degli obblighi contrattuali assunti con i dolenti, dai soggetti in possesso dei requisiti stabiliti dalla presente legge, ai fini delle seguenti prestazioni:

- 1) disbrigo, in nome e per conto dei familiari o di altri aventi titolo, di pratiche amministrative conseguenti al decesso di una persona;*
- 2) preparazione, vendita e fornitura di casse mortuarie e di eventuali articoli funebri, in occasione del funerale, nel rispetto delle norme in materia di tutela sanitaria;*
- 3) trasporto, con idoneo mezzo speciale, del cadavere o della salma dal luogo di rinvenimento, decesso o deposizione, al cimitero o all'impianto di cremazione;*
- 4) ricomposizione del cadavere mediante sua vestizione;*
- 5) eventuale gestione di case funerarie;*
- f) per «attività necroscopiche» si intendono le seguenti attività obbligatorie poste in essere:*
 - 1) dal comune, in forma singola o associata, eseguite direttamente, gestite con le modalità previste per i servizi pubblici locali o affidate con le procedure ad evidenza pubblica previste dal codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al [decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50](#) (Codice dei contratti pubblici), ovvero, con criteri di turnazione, a soggetti in possesso delle prescritte certificazioni di impresa funebre che provvede: 1.1) in caso di indigenza del defunto o dei suoi familiari ovvero in caso di disinteresse dei familiari e di mancanza di altri soggetti che possano provvedere, qualora sia necessario eseguire sia il trasporto sia la sepoltura nel cimitero sia la fornitura della semplice bara da inumazione o da cremazione. Per «disinteresse» si intende la situazione in cui il trasporto e la sepoltura di una persona defunta non sono effettuati entro sei giorni dal suo decesso, fatte salve particolari circostanze, nelle quali il comune può disporre l'eventuale differimento del termine; 1.2) su disposizione dell'Autorità giudiziaria, o anche dell'Autorità sanitaria per esigenze igienico-sanitarie, quando si debba provvedere alla raccolta e al trasporto di una salma o di un cadavere in un obitorio, in un deposito di osservazione o in un servizio mortuario del Servizio sanitario nazionale;*
 - 2) dal servizio sanitario provinciale, quali il deposito di osservazione, l'obitorio, il servizio mortuario e le attività di medicina necroscopica. Gli istituti di medicina legale e delle assicurazioni svolgono funzioni obitoriali nel territorio della ASP di riferimento;*
- g) per «attività cerimoniale funebre» si intendono le manifestazioni di cordoglio e di commemorazione di defunti da parte di chi partecipa alle esequie svolte in ambiti civili o religiosi. Tali attività possono comportare l'accoglimento e la temporanea permanenza di feretri o di urne cinerarie in luoghi predisposti per le cerimonie per lo svolgimento dei riti del commiato, intendendosi per tali le chiese e gli altri luoghi di culto, le case funerarie, le sale del commiato e le strutture di accoglienza nel cimitero o nel crematorio nonché le camere ardenti allestite presso enti pubblici per defunti ritenuti degni di particolari onoranze. In particolare:*
 - 1) per «casa funeraria» si intende la struttura privata gestita da soggetti certificati allo svolgimento dell'attività funebre, in possesso diretto dei requisiti stabiliti dalla presente legge, ove, a richiesta dei familiari del defunto, in apposite sale attrezzate, sono ricevute, custodite ed esposte le salme di persone decedute presso luoghi pubblici, abitazioni private, strutture sanitarie e ospedaliere, in vista della composizione, della vestizione e dell'osservazione della salma, della custodia e dell'esposizione del cadavere e delle attività di commemorazione e di commiato del defunto tecnicamente equiparate e strutturate a deposito di osservazione. I feretri sigillati possono sostare presso la casa funeraria per brevi periodi, in attesa del trasporto verso il luogo di destinazione finale;*
 - 2) per «sala del commiato» si intende la sala, collocata all'interno della casa funeraria o, eventualmente, anche nel cimitero o nel crematorio, ma comunque al di fuori dalle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, adibita all'esposizione a fini cerimoniali del defunto posto in un feretro chiuso;*

- h) per «trasporto funebre» si intende il trasporto della salma o del cadavere dal luogo di decesso a ogni altra destinazione prevista dalla presente legge, eseguito con mezzi e personale idonei dai soggetti abilitati all'esercizio dell'attività funebre.¹

Titolo II

Competenze e attribuzioni

Art. 3

(Compiti e attribuzioni della Regione)

1. La Regione esercita compiti di riordino, indirizzo, coordinamento e controllo, improntando la propria attività alla semplificazione dei procedimenti amministrativi, in conformità ai principi di efficacia, di efficienza e di sussidiarietà. In ogni caso, i compiti sopraelencati sono svolti in isospesa e con personale già in servizio presso la Regione Calabria, nei normali orari di lavoro.
2. La Giunta regionale concorre a definire, entro 60 giorni, nei limiti delle proprie attribuzioni e competenze e in attuazione dei principi di cui alla presente legge:
 - a) i requisiti delle autorimesse;
 - b) i criteri e gli obiettivi in materia di controllo, trasparenza e informazione dei servizi funebri;
 - c) le modalità per la formazione e la tenuta degli elenchi delle imprese funebri certificate, garantendo che gli stessi siano consultabili liberamente in via telematica;
 - d) le modalità per la formazione e l'aggiornamento professionali, nei limiti di quanto previsto dalla presente legge.

Art. 4

(Compiti e attribuzioni dei Comuni)

1. Il Comune assicura la sepoltura o la cremazione dei cadaveri delle persone residenti e di quelle decedute nel proprio territorio, tramite la realizzazione, anche in associazione con altri Comuni, di cimiteri e di crematori e in particolare:
 - a) rilascia le autorizzazioni previste dalla presente legge;
 - b) assicura spazi o locali pubblici idonei ad accogliere il feretro sigillato per lo svolgimento di riti funebri nel rispetto della volontà del defunto e dei suoi familiari;
 - c) adotta il regolamento di polizia mortuaria che stabilisce le condizioni di esercizio e di utilizzo dei cimiteri, delle strutture obitoriali, delle sale del commiato e delle case funerarie;
 - d) assicura il trasporto e il servizio funebre in caso di indigenza del defunto o dei suoi familiari ovvero in caso di disinteresse, nonché il servizio di raccolta e di trasferimento all'obitorio dei deceduti sulla pubblica via o in luogo pubblico;
 - e) esercita i poteri di rilevamento delle imprese funebri;
 - f) esercita poteri di vigilanza e di controllo, avvalendosi, per gli aspetti igienico-sanitari, delle Aziende sanitarie provinciali (ASP).

Art. 5

(Riordino territoriale)

1. L'esercizio dell'attività funebre è sottoposto al riordino territoriale al fine di assicurare le migliori funzionalità e produttività dei servizi resi agli utenti, nel rispetto dei principi di trasparenza e di concorrenza e della legge nazionale vigente.

¹ Articolo abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. a), l.r. 2 luglio 2020, n. 14.

Titolo III

Disciplina dell'attività funebre

Art. 6*(Attività funebre)*

1. L'attività funebre costituisce attività imprenditoriale e comprende e assicura l'esercizio in forma congiunta dei seguenti servizi:
 - a) disbrigo, su mandato dei familiari o di altri aventi titolo, delle pratiche amministrative inerenti al decesso e all'organizzazione delle onoranze funebri;
 - b) vendita di casse e di altri articoli funebri, in occasione del funerale;
 - c) preparazione del defunto, sua vestizione e confezionamento del feretro;
 - d) trasferimento durante il periodo di osservazione e di trasporto funebre;
 - e) recupero di cadaveri, su disposizioni dell'autorità giudiziaria, da luoghi pubblici o privati;
 - f) eventuale gestione di case funerarie.
2. Per lo svolgimento dell'attività funebre è necessaria la presentazione al Comune in cui ha sede commerciale l'impresa, di una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA), con efficacia immediata, ai sensi dell'articolo 19, comma 2, della [legge 7 agosto 1990, n. 241](#) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e secondo i requisiti stabiliti all'articolo 3, circa i quali è necessario allegare dichiarazione sostitutiva ai sensi del [Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445](#) (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).
3. Il procacciamento di affari rivolto all'acquisizione e all'esecuzione di servizi funebri e delle attività connesse e complementari, anche ad opera di persone solo indirettamente riconducibili a soggetti autorizzati all'esercizio di tale attività, è vietato e perseguibile.
4. L'attività funebre rientra tra le prestazioni di servizio disciplinate dall'articolo 115 del [regio decreto 18 giugno 1931, n. 773](#) (Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza).
5. Il conferimento dell'incarico per il disbrigo delle pratiche amministrative, la vendita delle casse e di articoli funebri e ogni altra attività connessa al funerale sono svolti solo nelle sedi di imprese funebri certificate o, eccezionalmente e su richiesta degli interessati, presso l'abitazione del defunto e dell'avente titolo, purché non all'interno di strutture sanitarie e socio-assistenziali di ricovero e cura, pubbliche e private, di strutture obitoriali, crematori e di cimiteri.
6. Al fine di tutelare l'utenza, l'attività funebre è incompatibile con:
 - a) la gestione del servizio cimiteriale;
 - b) la gestione del servizio obitoriale;
 - c) la gestione delle camere mortuarie delle strutture sanitarie, socio-assistenziali, di ricovero e cura e assimilate, sia pubbliche e sia private;
 - d) il servizio privato di ambulanza in entità pubblica di emergenza sanitaria (Servizio emergenze 118), il servizio pubblico del trasporto sangue e organi.
7. Il Comune verifica annualmente la persistenza dei requisiti strutturali e gestionali previsti per lo svolgimento l'esercizio dell'attività funebre.

Art. 7*(Impresa funebre)*

1. I servizi funebri sono attività imprenditoriali e sono erogati secondo principi di concorrenza nel mercato e con modalità che difendono l'effettiva libertà di scelta delle famiglie colpite da un lutto.
2. I servizi funebri sono erogati da soggetti che, essendo in possesso dei requisiti stabiliti dalla presente legge, nonché di risorse umane, strumentali e finanziarie idonee e adeguate, sono titolari dell'apposita certificazione comunale rilasciata dal comune previa istruttoria in ordine al possesso dei requisiti di cui all'articolo 8 della presente legge.
3. Ogni impresa funebre è libera nella determinazione dei propri listini dei prezzi delle forniture e dei servizi.

4. Le imprese funebri non possono esercitare attività private in mercati paralleli, quali quelli relativi all'ambito cimiteriale e al trasporto sanitario come servizio pubblico di emergenza sanitaria data in convenzione, al trasporto di organi, sangue e pazienti dializzati e sono obbligate alla separazione societaria. La separazione societaria è intesa come svolgimento distinto, con società o con soggetto, dotati di separata personalità giuridica, di organizzazione distinta e adeguata di mezzi e risorse, diverse da quelle riconducibili a soggetti che svolgono attività funebre.
5. Alle imprese funebri è vietata la prestazione dei servizi in ambito necroscopico, intendendo per tali la gestione di servizi mortuari di strutture sanitarie pubbliche e assimilabili e di obitori. Le gestioni delle attività svolte da esercenti l'attività funebre in contrasto con quanto previsto dalla presente legge cessano dalla data di entrata in vigore della legge.

Art. 8

(Requisiti dell'impresa funebre e dei soggetti a essa collegati)

1. La dichiarazione da allegare alla SCIA ai sensi dell'articolo 6, comma 2, contiene l'autocertificazione del possesso dei seguenti requisiti:
 - a) una sede idonea e adeguata per la trattazione degli affari, comprendente un ufficio e una sala di esposizione per gli articoli funebri, diversi dalle altre attività svolte con la stessa Partita Iva. Presso ogni sede commerciale delle imprese esercenti l'attività funebre, è esposto il prezzario di tutte le forniture e prestazioni rese, con la precisazione che il corrispettivo relativo alla parte del servizio funebre di competenza dell'impresa è attualmente esente da IVA, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, n. 27, del [Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#) (Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto), e lo stesso è esibito a chiunque richieda un preventivo per lo svolgimento del servizio funebre;
 - b) un qualsiasi mezzo funebre, con relativa idoneità sanitaria, di proprietà o tramite leasing, adibito al trasporto di salme e di cadaveri e un'apposita autorimessa, avente requisiti di idoneità secondo la normativa nazionale vigente verificati dalle ASP. Tali autorimesse dispongono di adeguate dotazioni per la sanificazione del vano di carico del mezzo funebre. Il lavaggio della carrozzeria esterna e dell'abitacolo può essere effettuato all'esterno dell'impresa presso autolavaggi autorizzati;
 - c) un responsabile, abilitato alla trattazione delle pratiche amministrative e degli affari, *assunto secondo la normativa statale vigente in materia*,² che può coincidere con il titolare o legale rappresentante della stessa.
2. I requisiti di cui al comma 1 lettere a), b), e c) possono essere ottenuti ricorrendo ad accordi con altre imprese funebri certificate, associazione temporanea di impresa o contratti di rete. Per svolgere il servizio di trasporto e cerimonia:
 - a) l'impresa che effettua il trasporto funebre e la cerimonia, in maniera autonoma, dispone di personale dipendente numericamente necessario a svolgere il servizio nel rispetto delle norme nazionali sul lavoro e sulla sicurezza dei lavoratori;
 - b) l'impresa in possesso dei requisiti di cui al comma 1, lettere a), b), e c), in maniera trasparente e col consenso della famiglia, ottenuto tramite formale mandato, può appaltare il trasporto funebre per la cerimonia ad altra impresa funebre certificata in possesso autonomo dei requisiti di cui alla successiva lettera c); la stessa svolgerà col proprio rischio d'impresa, tramite contratto genuino, il servizio di trasporto funebre ad essa commissionato nel rispetto delle norme nazionali in materia di appalto, lavoro e sicurezza dei lavoratori. Il servizio di trasporto funebre è eseguibile, previo formale assenso della famiglia del defunto, ricorrendo a partecipazioni, ad aggregazioni aziendali quali consorzi e società consortili, in possesso autonomo dei requisiti di cui alla successiva lettera c);
 - c) i soggetti che con i contratti previsti alla lettera b) garantiscono il possesso dei requisiti tecnico-organizzativi per svolgere la cerimonia funebre ad altri esercenti possiedono la disponibilità autonoma, ovvero senza il ricorso ad altri soggetti, delle seguenti dotazioni minime adeguate alle attività svolte: almeno sei operatori assunti

² L'art. 1, comma 1, lett. b), l.r. 2 luglio 2020, n. 14 sostituisce le parole "stabilmente assunto con regolare rapporto di lavoro con il richiedente," con le parole "assunto secondo la normativa statale vigente in materia,".

con regolare contratto di lavoro e due auto funebri. A fronte di ogni contratto stipulato con imprese funebri, dopo il quindicesimo, è previsto l'incremento di una unità di personale. A fronte di ogni quattro contratti stipulati con imprese funebri, oltre il quindicesimo, è previsto l'incremento di un'auto funebre.³

3. Il titolare, il socio o responsabile possono svolgere anche le mansioni di necroforo.
4. Le figure professionali del personale dell'impresa funebre sono:
 - a) responsabile abilitato al disbrigo delle pratiche amministrative, addetto alla trattazione degli affari;
 - b) necroforo, col ruolo di svolgere la preparazione del defunto, la sua sistemazione nel feretro, la sigillatura, oltre la movimentazione dei feretri e l'organizzazione della cerimonia.
5. L'utilizzo da parte della stessa impresa di altre eventuali sedi per la trattazione degli affari, ubicate nel Comune dove si trova la sede principale o in Comuni diversi da quello ove è stata presentata la SCIA, non comporta il rilascio di ulteriori certificazioni all'esercizio dell'attività funebre. Le eventuali autorizzazioni in materia edilizia o commerciale, necessarie per l'utilizzo di dette sedi, sono rilasciate previa dimostrazione del possesso della certificazione all'esercizio dell'attività funebre rilasciata dal Comune ove ha sede principale l'impresa. Tali sedi dispongono di un addetto alla trattazione degli affari, in persona diversa da quella utilizzata per la sede principale o altre sedi, che sia in possesso degli stessi requisiti formativi del responsabile della conduzione dell'attività, il cui nominativo va comunicato al Comune competente.
6. Le imprese funebri esistenti prima della pubblicazione sul Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria(BURC) della presente legge hanno 12 mesi di tempo dalla sua entrata in vigore per adeguarsi alle disposizioni del presente testo, ripresentando una SCIA, per variazioni Agenzia di affari, presente sul portale Calabria Suap, con cui autocertificano il possesso dei requisiti richiesti dalla legge. I Comuni verificano quanto autocertificato. Gli esercenti l'attività funebre autocertificano annualmente la perduranza dei requisiti di cui al presente articolo.

Art. 9

(Requisiti del personale dell'impresa funebre e dei soggetti a essa collegati)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, i corsi abilitanti la professione sono d'obbligo per le imprese presenti sul territorio della Regione.
2. I responsabili di cui all'articolo 8, comma 4, lettera a), con comprovata esperienza lavorativa, superiore a cinque anni, effettuano metà delle ore stabilite dalla Giunta regionale per ogni figura professionale ricoperta; coloro con meno di cinque anni di esperienza lavorativa certificata seguono l'orario pieno delle ore stabilite. In attesa dei regolamenti di attuazione sulla formazione professionale, che indicano le ore e le materie trattate, le imprese funebri possono continuare a svolgere l'attività funebre provvedendo ad avviare i responsabili allo specifico corso professionale subito dopo la pubblicazione dei regolamenti inerenti alla formazione ed entro un anno dalla loro pubblicazione.
3. L'attività funebre, in qualsiasi forma esercitata, è preclusa alle persone dichiarate fallite o incorse in alcuno dei provvedimenti di cui al [regio decreto 16 marzo 1942, n. 267](#) (Disciplina del fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata e della liquidazione coatta amministrativa), salvo che sia intervenuta riabilitazione, nonché a chi abbia riportato:
 - a) condanna definitiva per uno dei reati di cui al libro secondo, titolo VIII, capo II, del codice penale;
 - b) condanna definitiva per reati non colposi a pena detentiva superiore a tre anni;
 - c) condanna definitiva per reati contro la fede pubblica, contro la pubblica amministrazione e contro il patrimonio;

³ Il comma 2 è stato interpretato autenticamente dall'art. 1, comma 1, l.r. 5 dicembre 2019, n. 53, nel senso che "gli accordi previsti nel suddetto comma, devono, a pena di nullità, essere realizzati stabilmente e non in modo temporaneo, sotto la forma del consorzio, di società consortili o di altra forma di società di persone o capitali, nelle forme previste e regolamentate dal Codice civile e dalle norme vigenti in materia di commercio.". L' art. 2, comma 1, l.r. 2 luglio 2020, n. 14 ha successivamente abrogato la citata legge regionale 5 dicembre 2019, n. 53.

- d) condanna alla pena accessoria dell'interdizione dall'esercizio di una professione o di un'arte ovvero dell'interdizione dagli uffici direttivi delle imprese, salvo che sia intervenuta la riabilitazione;
 - e) sottoposizione alle misure previste dal codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al [decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159](#) (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della [legge 13 agosto 2010, n. 136](#));
 - f) contravvenzioni accertate e definitive per violazioni di cui al [decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206](#) (Codice del consumo);
 - g) contravvenzioni accertate per violazioni di norme in materia di lavoro, di previdenza, di assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nonché di prevenzione della sicurezza nei luoghi di lavoro non conciliabili in via amministrativa.
4. Le condizioni ostative di cui al comma 3 si applicano al titolare, al legale rappresentante, ai prestatori d'opera nonché a tutto il personale.

Art. 10

(Accertamento dei requisiti)

1. L'accertamento dei requisiti per l'esercizio delle attività funebri è effettuato dai Comuni esercitando le funzioni a essi attribuite dalla presente legge.
2. Ai fini dell'accertamento di cui al comma 1, le imprese, entro il 30 giugno 2020, si muniscono della certificazione attestante il possesso dei requisiti.
3. La certificazione di cui al comma 2 è rilasciata annualmente dai Comuni, ai quali spetta la verifica, e scade il giorno successivo a quello della data di rilascio dell'anno seguente.
4. La certificazione ha validità annuale ed è validata ripresentando, presso il Comune dove si esercita l'attività suddetta, un'autocertificazione che attesti la continuità e la persistenza, per l'anno in corso, dei requisiti previsti all'articolo 8. In caso di variazioni strutturali o logistiche è necessaria la presentazione di una nuova SCIA.
5. La mancata acquisizione o presentazione della certificazione equivale a carenza dei requisiti e comporta l'immediata cessazione dell'attività.

Art. 11

(Mandato)

1. Il Comune, avvalendosi delle ASP per gli aspetti igienico-sanitari, vigila e controlla lo svolgimento delle attività funebri al fine di garantire agli utenti il diritto di scegliere liberamente l'impresa funebre di cui avvalersi, senza intervenire direttamente sulla domanda e sull'offerta dei servizi nonché sulla definizione delle tariffe, a esclusione delle seguenti prestazioni a carico della stessa amministrazione comunale:
 - a) servizio funebre obbligatorio di cadaveri, nei casi di indigenza del defunto o dei suoi familiari ovvero nel caso di disinteresse;
 - b) servizio obbligatorio di raccolta e di trasferimento all'obitorio dei deceduti sulla pubblica via o in luogo pubblico ovvero in abitazione o in luogo privati, a seguito di richiesta dell'autorità giudiziaria.
2. Il contratto di servizi funebri è conferito per iscritto a un'impresa funebre certificata.
3. Il conferimento del mandato di cui al comma 2 ha luogo nella sede, principale o secondaria, dell'impresa funebre cui esso è conferito ovvero, su richiesta dei familiari, presso l'abitazione del defunto o dell'avente titolo, purché al di fuori di strutture socio-sanitarie di ricovero e cura nonché di strutture socio-sanitarie pubbliche o private e cimiteri. È vietato l'uso di sedi e di uffici mobili.
4. È fatto divieto a chiunque di segnalare o comunque di portare a conoscenza di imprese funebri il decesso di persone. È altresì fatto divieto al personale adibito a ente pubblico, a strutture sanitarie, socio-assistenziali, di ricovero e cura e assimilate, pubbliche o private,

a strutture deputate ai pubblici servizi e a gestori di un servizio di ambulanze di indirizzare il dolente nella scelta dell'impresa funebre.

5. Nello svolgimento dell'attività funebre, fatta salva la promozione commerciale e da ricorrenza mediante oggettistica di valore trascurabile, è vietato proporre direttamente o indirettamente provvigioni, offerte, regalie di valore o vantaggi di qualsiasi genere, al fine di ottenere informazioni tese all'acquisizione di mandati.

Art. 12

(Trasporti funebri)

1. Costituisce trasporto di salma il trasferimento del defunto, eseguito in modo da non impedire eventuali manifestazioni di vita, dal luogo del decesso ai locali di osservazione quali l'abitazione del defunto o di un avente titolo, servizio mortuario sanitario, il deposito di osservazione comunale, l'obitorio, la casa funeraria entro ventiquattro ore dalla morte, indipendentemente dalla circostanza che sia o non sia intervenuto l'accertamento della morte, con la certificazione cui al comma 10, nel rispetto delle norme sanitarie e su tutto il territorio regionale. Per il tributo di speciali onoranze possono essere eccezionalmente individuati altri luoghi previo singola autorizzazione del sindaco e con il rilascio dell'autorizzazione al trasporto come prevista dal [decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#) (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria).
2. Costituisce trasporto di cadavere il trasferimento del defunto dal luogo ove questo è stato sigillato al luogo di destinazione, sia esso un cimitero, un crematorio o un luogo di onoranze, previamente autorizzato dal Comune.
3. Il trasporto di salma o di cadavere previamente identificato a cura dell'addetto al trasporto è riservato ai soggetti titolati alla sua esecuzione ed è effettuato con un'auto funebre e da personale numericamente sufficiente, in conformità alle normative vigenti in materia di igiene e di sanità pubblica, di servizi funebri, di tutela della salute e di sicurezza dei lavoratori.
4. L'addetto al trasporto di cadavere, in qualità di incaricato di pubblico servizio, prima della partenza verifica e certifica su un apposito verbale:
 - a) l'identità del cadavere;
 - b) che il feretro, in relazione alla destinazione e alla distanza da percorrere, sia stato confezionato secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
 - c) i nominativi dei necrofori utilizzati e i dati dell'auto funebre che materialmente eseguono il trasporto.
5. L'addetto al trasporto funebre appone i sigilli per i trasporti e ne è responsabile, redige il verbale di verifica in duplice originale, di cui uno accompagna sempre il feretro fino a destinazione e l'altro è conservato dall'incaricato del trasporto. La chiusura del feretro può essere fatta esclusivamente da personale necroforo o da addetto dell'impresa previamente formato. Il Comune di destinazione trasmette copia del verbale di verifica al Comune in cui è avvenuto il decesso.
6. Per il trasporto all'estero, l'autorizzazione al trasporto funebre è rilasciata dal Comune in cui è avvenuto il decesso e si applicano le norme previste dai trattati internazionali vigenti.
7. Qualora il decesso avvenga presso una struttura sanitaria, una casa di riposo ovvero istituti pubblici o privati, il trasferimento della salma o del cadavere all'interno delle stesse strutture è effettuato da personale incaricato dalla competente direzione sanitaria che non riveste la qualità di esercente di attività funebre o attività di cui al comma 6 dell'articolo 6.
8. Nella nozione di trasporto di cadavere è altresì compresa la raccolta e la decorosa composizione nel feretro, il prelievo di quest'ultimo, con il relativo trasferimento, la sosta per cerimonie civili o religiose e la consegna al personale incaricato della sepoltura o della cremazione.
9. I Comuni controllano che, nello svolgimento dei trasporti funebri e delle operazioni cimiteriali, sia presente un numero di addetti pari a quanto individuato nei documenti di valutazione dei rischi predisposti ai sensi del [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#) (Attuazione dell'articolo 1 della [legge 3 agosto 2007, n. 123](#), in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).

10. Il medico intervenuto al momento della constatazione del decesso certifica preventivamente, qualora non sussista pericolo per la salute pubblica e si escluda il sospetto di morte dovuta a reato o malattie infettive, dopo l'igienizzazione della salma e dopo che siano stati tolti aghi, sondini e cateteri, qualora il decesso avvenga presso strutture sanitarie pubbliche o private, la possibilità del trasferimento della salma, in tutto il territorio regionale, con l'impiego di un contenitore rigido o flessibile, impermeabile sul fondo ma in grado, contemporaneamente, di permettere passaggio di aria così da consentire la respirazione se vi fossero segni di vita, entro la durata del periodo di osservazione, presso strutture obitoriali, case funerarie certificate, abitazione del defunto o di un suo familiare, previa richiesta degli stessi familiari; la visita necroscopica, se non già eseguita prima del trasporto, attiene all'ASP del luogo in cui si svolge il residuo periodo d'osservazione.
11. La certificazione di cui al comma 10 è titolo valido per il trasferimento della salma. Dell'eventuale trasferimento è data comunicazione certificata da parte del soggetto esercente attività funebre incaricato, anche per via telematica certificata, al Comune in cui è avvenuto il decesso, al Comune ove è destinata la salma, nonché alla ASP competente per il luogo di destinazione della stessa.
12. Il responsabile della struttura ricevente, o un suo delegato, registra l'accettazione della salma con l'indicazione del luogo di partenza, dell'orario di arrivo e dell'addetto al trasporto e trasmette tali informazioni, anche in via telematica certificata, al Comune in cui è avvenuto il decesso, al Comune ove è destinata la salma, nonché alla ASP competente per il luogo di destinazione della stessa. Qualora non sia stato fatto nel luogo del decesso, il Comune di destinazione della salma dà notizia al medico necroscopo per effettuare l'accertamento di morte che è trasmesso, anche in via telematica, al Comune ove è avvenuto il decesso per il rilascio della relativa documentazione necessaria. Nel caso di trasporto presso l'abitazione del defunto o di un suo familiare, l'impresa incaricata trasmette quanto previsto nel presente comma e svolge le comunicazioni e gli atti obbligatori.
13. In caso di pericolo per la salute pubblica, il trasferimento di salma è autorizzato dal medico necroscopo che detta altresì le cautele da osservare in concreto.
14. Il trasporto di ceneri e di ossa umane non ha controindicazioni igienico-sanitarie e può essere svolto da chiunque, previa autorizzazione dell'ufficiale di stato civile del Comune di partenza, che ne dà avviso all'ufficiale di stato civile del luogo di destinazione o alla corrispondente autorità, se all'estero.
15. Il trasporto di resti mortali da un cimitero all'altro o al crematorio è effettuato, su richiesta dei familiari, da soggetti abilitati e previa autorizzazione del comune ove erano sepolti, con l'adozione delle misure necessarie a garantire il decoro e la salute pubblica.
16. Ogni trasporto funebre di salma o di cadavere è svolto a pagamento, previo incarico di chi lo commissiona, da un soggetto esercente l'attività funebre. I costi del trasporto sono a carico di chi lo richiede o lo dispone; i costi dei servizi di cui all'articolo 2, comma 1, lettera f), numeri 1.1) e 1.2), sono a carico del Comune dove ha avuto luogo il decesso.
17. Il trasporto funebre non può essere gravato di alcun diritto fisso sanitario e comunale.
18. La chiusura e il sigillo del feretro, in cera lacca o adesivo, riportante i dati dell'impresa che trasporta il cadavere e che attesti l'integrità della chiusura, apposto sul coperchio per i trasporti nell'ambito comunale, fuori comune, fuori regione e fuori nazione, che non rientrano nella fattispecie dei trasporti di cui ai commi 10 e 11, sono demandati all'impresa funebre che ne effettua il trasporto e la stessa ne è responsabile sotto il profilo civile e penale. La puntura conservativa nel periodo imposto dalla norma nazionale è effettuata, in maniera da garantire la sicurezza sulla salute dell'addetto, da personale necroforo o da personale sanitario pubblico o privato.

Art. 13

(Case funerarie o depositi di osservazioni e servizi mortuari)

1. La realizzazione e l'esercizio di una casa funeraria o deposito d'osservazione, all'interno della quale possono essere presenti anche una o più sale destinate alla custodia e all'esposizione dei defunti, nonché alla celebrazione e al commiato, sono consentite ai

soggetti esercenti l'attività funebre in possesso diretto dei requisiti di cui all'articolo 8, comma 1, previa SCIA, in piena autonomia del soggetto gestore per quanto riguarda gli orari di apertura in funzione dei servizi richiesti dai dolenti, gli orari di fissazione dei funerali e l'organizzazione aziendale.

2. L'accesso a una casa funeraria avviene su richiesta del familiare del defunto o di un altro soggetto avente titolo.
3. Per l'esercizio delle attività, le dotazioni strutturali e impiantistiche della casa funeraria sono conformi alle caratteristiche igienico-sanitarie previste dalle norme nazionali per i servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, come specificate nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, integrate da quanto previsto dalla presente legge.
4. La casa funeraria dispone di spazi per la sosta e per la preparazione dei defunti e di una camera ardente o sala del commiato. In termini di accessibilità sono consentite l'entrata e l'uscita autonome senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura. È previsto un accesso dall'esterno per i visitatori ed un parcheggio per questi ultimi. Le case funerarie possiedono i seguenti requisiti strutturali minimi:
 - a) locale di osservazione o di sosta delle salme;
 - b) camera ardente o sala di esposizione;
 - c) locale di preparazione dei defunti;
 - d) servizi igienici per il personale;
 - e) servizi igienici per i dolenti;
 - f) sala per onoranze funebri al feretro;
 - g) almeno una cella frigorifera e una sala climatizzata;
 - h) deposito per i materiali;
 - i) rimessa funebre anche esterna alla struttura;
 - j) uffici.
5. Le case funerarie non possono essere collocate all'interno di strutture sanitarie, di ricovero e cura, socio-sanitarie e socio-assistenziali, nei crematori e nei cimiteri. Le case funerarie non possono essere convenzionate con strutture sanitarie pubbliche e private e assimilabili per lo svolgimento dei servizi mortuari.
6. I servizi mortuari sanitari e le attività necroscopiche di cui all'articolo 2, comma 1, lettera f), numero 2), costituiscono servizi della struttura sanitaria e possono essere gestiti solo in forma diretta o affidati, previa gara ad evidenza pubblica, a soggetti terzi che a nessun titolo possono essere esercenti di attività funebri o soggetti a essi collegati o in qualsiasi modo ad essi riconducibili.

Art. 14

(Attività collaterali e integrative)

1. Le imprese funebri, qualora effettuino altre prestazioni di servizio o cessione di beni rispetto a quelle definite dal presente titolo, possiedono i requisiti stabiliti relativi alle singole prestazioni di servizio o cessioni di beni.

Art. 15

(Vigilanza e sanzioni)

1. I Comuni e le ASP vigilano e controllano l'osservanza delle norme per le attività funebri nel territorio di riferimento.
2. Gli oneri per la vigilanza e per il controllo sono coperti da risorse proprie dei Comuni e delle ASP e dai proventi derivanti dalle sanzioni di cui al presente articolo.
3. Le violazioni alla presente legge da parte dei soggetti esercenti attività di impresa funebre sono soggette alla sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000,00 euro a 3.000,00 euro, salvo quanto previsto dai commi 4, 5, 6 e 7.
4. Le violazioni alle disposizioni dell'articolo 7 e dell'articolo 12 sono soggette, a seconda della gravità, alla sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000,00 euro a 30.000,00 euro.

5. In caso di violazione alle disposizioni dell'articolo 11, le sanzioni di cui al comma 4 sono duplicate.
6. In caso di recidiva, le violazioni alle disposizioni dell'articolo 11 comportano altresì la sospensione dell'attività per tre mesi decorrenti dalla notificazione dell'accertamento definitivo e non impugnabile della violazione, elevati a sei mesi in caso di violazione delle disposizioni dell'articolo 11, commi 4 e 5. In caso di violazioni particolarmente gravi è altresì disposta la revoca all'esercizio dell'attività.
7. Sono fatte salve le fattispecie costituenti reati relative alle violazioni delle disposizioni della presente legge.

Titolo IV

Disciplina della cremazione

Art. 16

(Disposizioni concernenti l'affidamento, la custodia e la dispersione delle ceneri)

1. *Il gestore del forno crematorio consegna l'urna cineraria al coniuge, al convivente, a un altro familiare avente diritto o a un suo delegato, all'esecutore testamentario o al rappresentante legale dell'associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati o all'impresa funebre a tale fine incaricata dall'avente titolo. I predetti soggetti, nel rispetto della volontà del defunto, possono disporre la tumulazione dell'urna al cimitero, l'affidamento personale dell'urna a un familiare o, se del caso, al convivente, i quali possono anche conferirla presso edifici destinati alla custodia di urne. L'urna è sigillata e conservata in modo da consentire in ogni caso l'identificazione dei dati anagrafici del defunto. L'affidatario dell'urna esprime consenso scritto, sottoscrivendo apposito verbale di custodia.*
2. *La dispersione delle ceneri è consentita, nel rispetto della volontà del defunto, e con la prescritta autorizzazione dell'ufficiale dello stato civile, espressa in uno dei modi previsti, solo in aree a ciò appositamente destinate all'interno dei cimiteri, in aree private o in natura.*
3. *La dispersione delle ceneri all'interno dei cimiteri è disciplinata dai comuni che individuano apposite aree cimiteriali a ciò destinate. Tali aree possono essere sostitutive del cinerario comune previsto dal comma 6 dell'articolo 80 del regolamento di cui al [d.P.R. 285/1990](#).*
4. *La dispersione delle ceneri in natura avviene all'aperto, è libera ed è consentita nel rispetto delle seguenti condizioni:*
 - a) *in montagna e in natura, a distanza di oltre duecento metri da centri e da insediamenti abitativi;*
 - b) *in mare, a oltre mezzo miglio dalla costa;*
 - c) *nei laghi, a oltre cento metri dalla riva;*
 - d) *nei fiumi e nei corsi d'acqua ad alveo pieno permanente, nei tratti liberi da manufatti e da natanti.*
5. *La dispersione in aree private avviene all'aperto e con il consenso dei proprietari e non può comunque dare luogo ad attività aventi fini di lucro.*
6. *La dispersione delle ceneri è in ogni caso vietata nei centri abitati.*
7. *In caso di affidamento personale, l'ufficio del Comune ove le ceneri sono conservate annota, nel registro previsto dall'articolo 52 del [d.p.R. 285/1990](#), le generalità della persona cui è stata consegnata l'urna ai sensi del comma 1 e quelle del defunto. Se l'affidatario intende, per qualsiasi motivo, rinunciare all'affidamento dell'urna conferisce la stessa a un cimitero di sua scelta o presso edifici destinati alla custodia di urne, per la conservazione, facendosi carico dei relativi oneri. L'affidatario comunica l'avvenuto conferimento dell'urna al Comune di partenza e a quello di destinazione, per le necessarie registrazioni. È altresì ammesso l'ulteriore affidamento personale dell'urna a un altro familiare ovvero al convivente. L'affidatario conserva l'urna in locale idoneo, teca o similare, che abbia destinazione stabile e sia garantito da ogni profanazione.*
8. *L'autorizzazione all'affidamento e alla dispersione non è soggetta a specifica tariffa. Il Comune può provvedere a riportare i dati relativi al defunto in un'apposita targa o cippo*

cimiteriale situati nel cimitero individuato dagli aventi diritto, perché non sia perduto il senso comunitario della morte e del ricordo comune.

9. *Il trasporto delle urne cinerarie non è soggetto a particolari misure precauzionali. Ogni eventuale trasferimento è accompagnato da una dichiarazione, effettuata dall'affidatario, indicante il luogo di partenza e il luogo di destinazione nonché gli estremi dell'autorizzazione all'affido o alla dispersione. Il trasporto può essere effettuato dall'affidatario, da familiari, da una impresa funebre o da qualsiasi altro vettore. Per il trasferimento all'estero su richiesta degli interessati, il Comune dove si trova l'urna rilascia apposita autorizzazione al trasporto, in cui sono indicate le generalità del defunto, la data in cui avvenuta la morte e la data di cremazione.*
10. *Per consentire il rispetto dei riti di commemorazione del defunto a feretro chiuso e per garantire un dignitoso commiato, nell'ambito dei crematori sono predisposte apposite sale del commiato, nel rispetto di quanto previsto dalla presente legge.*⁴

Titolo V

Disposizioni di adeguamento e finali

Art. 17

(Disposizioni di adeguamento)

1. La Regione comunica ai Comuni la pubblicazione telematica della presente legge e definisce le linee di indirizzo cui essi si attengono per il recepimento della stessa nonché per adeguare le norme regolamentari eventualmente emanate nelle materie oggetto della medesima legge, abrogando quelle incompatibili entro 60 giorni dalla pubblicazione della presente legge sul BURC.
2. Con apposito regolamento sono definite le norme di attuazione su:
 - a) locali di osservazione e obitori, presenza territoriale di celle refrigerate o di camere refrigerate;
 - b) prescrizioni tecniche per la casa funeraria e le sale del commiato;
 - c) modalità per la formazione e l'aggiornamento professionali, nei limiti di quanto previsto dalla presente legge;
 - d) realizzazione di un elenco telematico regionale delle imprese certificate esistenti su tutto il territorio regionale.
3. La modulistica uniforme da utilizzare in tutto il territorio della Regione viene inserita nel presente testo secondo i seguenti certificati e modelli:
 - Certificato A.1: Certificazione medica per il trasporto salma
 - Certificato A.2: Accertamento necroscopico
 - Certificato A.3: Cremazione
 - Modello B.1: Avviso di morte
 - Modello B.2: Constatazione di morte
 - Modello B.3: Mandato ad impresa funebre
 - Modello B.4: Domanda di autorizzazione per il trasporto di cadavere in altro comune
 - Modello B.4.1: Autorizzazione per il trasporto di cadavere fuori dal comune di decesso
 - Modello B.4.2: Verbale di chiusura feretro per trasporto di cadavere nell'ambito dello stesso comune
 - Modello B.4.3: Verbale di chiusura feretro per trasporto di cadavere fuori comune
 - Modello B.5: Domanda di autorizzazione per il trasporto di cadavere nell'ambito dello stesso comune
 - Modello B.5.1: Autorizzazione per il trasporto di cadavere nell'ambito del comune di decesso
 - Modello B.6: Richiesta autorizzazione al trasporto e cremazione di cadavere/resti mortali, al trasferimento e alla dispersione/affidamento/seppellimento delle ceneri
 - Modello B.7: Autorizzazione al trasporto e cremazione di cadavere/ resti mortali, al trasferimento e alla dispersione/affidamento/seppellimento delle ceneri

⁴ **Articolo abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. c), l.r. 2 luglio 2020, n. 14.**

Modello B.8: Verbale di dispersione delle ceneri

4. Nel rispetto delle disposizioni contenute nella presente legge e dei relativi provvedimenti di attuazione, si disciplinano le attività funebri, necroscopiche, cimiteriali, di cremazione e di polizia mortuaria coordinate con le norme nazionali vigenti.

Art. 18

(Clausola di invarianza finanziaria)

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

Art. 19

(Entrata in vigore)

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 448 del 19-11-2019

Logo ASP

Certificato a.1

REGIONE CALABRIA – ASP

CERTIFICAZIONE MEDICA PER IL TRASPORTO SALMA

All'Ufficio dello Stato Civile del Comune di _____
e del Comune di _____
All'Azienda Sanitaria Provinciale di _____
e di _____

Il sottoscritto Medico curante Dr./Dr.ssa (1) _____

Dipendente/Convenzionato con la ASP _____

DICHIARA CHE

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

il/la sig./ra _____ nato/a _____

a _____ il _____ cittadinanza _____

codice fiscale _____

residente a _____

via _____ n. _____

stato civile _____

con/di _____

E' DECEDUTO/A il giorno _____ alle ore _____ presso _____

E' ESCLUSO il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

LA SALMA PUÒ ESSERE TRASPORTATA senza pregiudizio per la salute pubblica.

Il trasporto, come da richiesta dei familiari acquisita agli atti, sarà effettuato presso:

Abitazione privata in via _____ a _____

Obitorio sito in via _____ a _____

Casa Funeraria autorizzata sita in via _____ a _____

Luogo di culto idoneo sito in via _____ a _____

Servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private in via _____ a _____

Il, _____ Il Medico _____

Il sottoscritto (2) _____ nella sua qualità di titolare/responsabile della conduzione dell'Impresa

Funebre _____ con sede a _____ in

via _____ autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata dal Comune

di _____

Vista la richiesta di trasferimento della salma sopra indicata, effettuata dal sig. _____ in
qualità di avente titolo _____

DICHARA

che il trasporto avverrà in data _____ alle ore _____ a mezzo di autofunebre targata _____ condotta da _____;

che il trasporto della salma del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 13 della L.R. n. 22/2018 con la salma riposta in contenitore non sigillato;

che la salma sarà posta in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita come stabilito dall'art. 13, comma 10, L.R. n. 22/2018.

Il dichiarante

_____, li _____

Buc n. 133 del 29 Novembre 2019

Il sottoscritto (3) _____ nella sua qualità di _____ della struttura _____ sita _____

in _____ dichiara di ricevere la salma sopraindicata il giorno _____ alle ore _____.

Il dichiarante

L'addetto al trasporto

Note per la compilazione:

1. Il modulo va compilato a cura del medico curante o del medico, dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale, intervenuto in occasione del decesso;
2. L'addetto al trasporto deve inviare il modulo, a mezzo fax, e-mail o servizio postale al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.PP. competenti per territorio;
3. Il responsabile dell'obitorio, della struttura per il commiato o del servizio mortuario deve dare notizia della ricezione della salma al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.PP. competenti per territorio; per il trasferimento presso abitazione privata o luogo di culto, i predetti adempimenti sono a carico dell'impresa funebre.

Logo ASP

Certificato a.2

REGIONE CALABRIA – ASP

Unità Operativa di Medicina Legale

ACCERTAMENTO NECROSCOPICO

Cognome e nome del defunto _____

residente a _____ () via _____

nato/a a _____ il _____

Deceduto presso : Domicilio Ospedale o casa di cura Altro _____
indirizzo: _____ *Burc n. 133 del 29 Novembre 2019*

data di morte: Giorno _____ Mese _____ Anno _____ ora _____

MORTE PER CAUSA NATURALE

Causa iniziale _____

Eventuali condizioni _____

Altri stati morbosi _____

MORTE PER CAUSA VIOLENTA

Accidentale Infortunio sul lavoro Suicidio Omicidio

Descrizione lesione _____

Malattie o complicazioni conseguenti alla lesione _____

Stati precedenti che hanno contribuito al decesso _____

Mezzo o modo con quale la lesione è stata determinata _____

I dati relativi alla causa di morte sono / non sono rilevati da scheda ISTAT

Redatta dal Dott. _____, il sottoscritto medico necroscopo dichiara di aver visitato il cadavere sopra identificato alle ore _____ del giorno _____ nel luogo indicato e di avere accertato i caratteri di una morte reale.

Eventuali rilievi o comunicazioni _____

Eseguito ECG dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

Periodo di osservazione 24H 48H Altro _____

_____, li _____

Il Medico necroscopo

Logo ASP

Certificato a.3

REGIONE CALABRIA – ASP

Unità Operativa di Medicina Legale

IL MEDICO NECROSCOPO

Vista la richiesta presentata da _____ nato/a a _____
il _____ in qualità di _____;
di sottoporre a cremazione il cadavere di _____
deceduto/a in questo Comune in data _____ alle ore Burc n. 133 del 29 Novembre 2019
per _____

Visto l'art. 79 del Regolamento di Polizia Mortuaria, D.P.R. 10.09.1990, n. 285;

Visto la Legge Regionale n.;

Visto(1):

la scheda di morte ISTAT redatta dal Dott. _____ in data _____
dalla quale si esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;
quanto riportato nel registro delle cause di morte agli atti di quest'Ufficio, relativamente alla
causa di morte del predetto defunto che esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;
il nulla osta rilasciato dalla competente Autorità Giudiziaria in data _____

CERTIFICA

che il cadavere di _____ può essere cremato, salvo il rilascio
dell'autorizzazione di competenza del Sindaco ai sensi dell'art. 79 del D.P.R. 285/90 e ai sensi della L.
R. .

Si da atto che(1) :

il cadavere non è portatore di pacemaker;

il cadavere era portatore di pacemaker e questo è stato rimosso, come risulta da attestazione a firma

di _____

Rilasciato a _____ il _____

IL MEDICO NECROSCOPO

(1) barrare la voce interessata

Timbro e firma leggibile

Modello b.1

ALL'UFFICIO STATO CIVILE DEL COMUNE DI _____

AVVISO DI MORTE

Con il presente atto il sottoscritto _____
 Nella sua qualità di (1)
 Medico curante medico delegato dal direttore di Ospedale, Istituto
 familiare del defunto altro (specificare)

DICHIARA

Che il giorno ____ del mese di _____ dell'anno _____ alle ore _____ nel Comune di _____
Burc n. 133 del 29 Novembre 2019
 nell'abitazione posta in via _____ al n. _____
 nell'Istituto sito in via _____ al n. _____
 nella pubblica via _____

E' DECEDUTO

COGNOME _____ NOME _____

Che era nato a _____ () il _____

Era residente nel Comune di _____ stato civile : _____

Professione _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA INOLTRE CHE

su allegato modello predisposto dall'ISTAT ha indicato la malattia che ne ha causato il decesso (2)

la salma trovasi all'indirizzo sopra indicato a disposizione del medico necroscopo al quale compete anche la denuncia della causa di morte in quanto persona deceduta senza assistenza medica (3)

la salma è stata trasferita presso _____

_____, li _____
 Firma leggibile del dichiarante

Il presente avviso è stato consegnato all'Ufficio di Stato Civile del Comune di: _____

Alle ore _____ del giorno _____ quale documento allegato all'atto di morte n. _____

Parte _____ Serie _____ Anno _____

(1) Art. 138 R.D. 9.7.1939 n. 1238: La dichiarazione di morte è fatta entro ventiquattro ore dal decesso all'ufficiale dello stato civile del luogo da uno dei congiunti o da persona convivente col defunto o da un loro delegato o, in mancanza, da persona informata del decesso. Se la morte avviene fuori dell'abitazione del defunto, la dichiarazione può anche essere fatta da due persone che ne sono informate. In caso di morte in un ospedale, collegio, istituto o stabilimento qualsiasi, il direttore o chi ne è delegato dall'amministrazione deve trasmettere avviso della morte, nel termine fissato nel comma precedente, all'ufficiale dello stato civile con le indicazioni stabilite nell'art. 140.

(2) Art. 1 D.P.R. 10.09.1990 n. 285: I medici a norma dell'art. 102, sub a) del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R.D. 27.7.1934 n. 1265, debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita denunciare la malattia che a loro giudizio ne sarebbe stata la causa su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della Sanità, d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica.

(3) Art. 1 D.P.R. 10.09.1990 n. 285: Nel caso di decesso senza assistenza medica la denuncia della presunta causa di morte è fatta dal medico necroscopo. L'obbligo della denuncia della causa di morte è fatto anche ai medici incaricati di eseguire autopsie disposte dall'autorità giudiziaria o per riscontro diagnostico. Art. 4. La visita del medico necroscopo deve sempre essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso e comunque non dopo le 30 ore.

Modello b.2

CONSTATAZIONE DI MORTE

Il Sottoscritto Dott. _____ certifica che il
giorno ____/____/____ alle ore _____ in località (domicilio, pubblica via,
ecc.) _____

ha constatato l'avvenuto decesso di _____

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

identificato con (carta d'identità, patente ecc.) _____ nato il

____/____/____ a _____ residente a _____

via _____ n. _____ trattasi/non trattasi di morte per
cause naturali a giudizio del sottoscritto

dovuto a : _____

avvenuta presumibilmente alle ore _____ del giorno ____/____/____.

_____ li _____

II MEDICO

Modello b.3

MANDATO AD IMPRESA FUNEBRE (art. 12, commi 2 e 3, L.R.)**Il sottoscritto richiedente il servizio funebre**

Cognome e nome del richiedente	Sesso	Codice fiscale del richiedente	N. Documento di identità	
Comune di nascita del richiedente	Prov.	Data di nascita	Telefono del richiedente	Cittadinanza del richiedente
Comune di residenza del richiedente	Prov.	Indirizzo del richiedente		

In qualità di _____ del/la defunto/a

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

Cognome e nome del defunto	Sesso	Cognome e nome coniuge del defunto	Codice fiscale del defunto	
Comune di nascita del defunto	Prov.	Data di nascita	Data e ora di morte	Stato civile del defunto
Comune di residenza del defunto	Prov.	Indirizzo del defunto		
Anno di matrimonio	Altro			

sollevando tanto l'Impresa incaricata quanto il Comune da eventuali pretese da parte di altri parenti aventi titolo

INCARICA

La sotto indicata Impresa di effettuare secondo quanto pattuito:

l'espletamento di tutte le pratiche il servizio funebre comprese quindi le anticipazioni verso il Comune (diritti, corrispettivi, concessioni e operazioni cimiteriali) e verso gli altri Enti (ASP, etc.); nel caso di agenzia d'affari terza specificare la denominazione _____

di fornire, sia direttamente che tramite terzi: denominazione impresa per trasporto disgiunto _____, i servizi inerenti il funerale (sistemazione salma, fornitura feretro, trasporto e servizio necroforico, necrologie, manifesti, fiori, ricordini, eventuali sistemazioni della sepoltura ove necessario e consentito);

Data e ora della sottoscrizione _____

Firma del richiedente _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali"

In osservanza di quanto disposto dall'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il Comune, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, fornisce le seguenti informazioni

il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento della pratica cui è allegata la dichiarazione;

- il trattamento sarà effettuato da soggetti appositamente incaricati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, in grado di tutelare e garantire la riservatezza dei dati forniti, nei modi e limiti necessari per perseguire le predette finalità;
- il conferimento dei dati è necessario per lo svolgimento del suddetto servizio; pertanto la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di effettuare il servizio stesso;
- i dati forniti possono essere trattati dal Responsabile e dagli Incaricati;
- i dati stessi non saranno comunicati a terzi;
- gli interessati possono avvalersi dei diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice e in particolare il diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati personali, e di chiederne l'aggiornamento o la rettifica, se erronei, rivolgendo la richiesta al Responsabile del trattamento;

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA ai sensi D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto _____
OBBLIGATORIO BARRARE CASELLA
 dell'Impresa _____

in qualità di (ai sensi art. 115 T.U.L.P.S. e art. 16 D.Lvo 112/98)
 Titolare Licenza Pubblico Servizio Rappresentante di Pubblico Servizio

ATTESTA

- che la firma del richiedente è stata apposta in sua presenza e che ha provveduto all'accertamento dell'identità del richiedente mediante presa visione del documento sopra indicato
- che il presente contratto è stato stipulato:
 presso la sede dell'impresa _____ principale _____ secondaria
 presso il domicilio del richiedente per sua esplicita richiesta;

Firma e timbro dell'Impresa _____

Firma di accettazione del richiedente _____

Modello b.4

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI CADAVERE IN ALTRO COMUNE
(artt. 9 e 13, L. R.)

MARCA DA BOLLO

AL Sig. SINDACO del COMUNE di _____

Il Sottoscritto _____ nato a _____ () il
_____ residente in _____ ()
Via _____ n° _____ nella qualità di _____ (1)
_____ dell' _____ Impresa Funebre denominata
_____ con sede in _____ ()
Via _____ N° _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti, saranno applicate nei propri confronti le pene stabilite dal Codice Penale come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 2000

CHIEDE

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

ai sensi degli artt. 19, 23, 24 e 30 e seguenti del D.P.R. del 10 settembre 1990, n. 285, della Circolare del Ministero della Sanità n. 24 del 24/06/1993 e degli artt. 9 e 13 della L.R. n. L'AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DEL CADAVERE DI:

_____ nato a _____ ()
il _____ in vita residente a _____ () in Via
_____ N° _____ e deceduto in questo Comune il _____ alle ore
_____ in Via _____ N° _____
Il trasporto del cadavere sarà effettuato giorno _____ alle ore _____ per il Cimitero di _____

Nel tragitto è prevista la sosta presso la Chiesa o altro luogo di culto per lo svolgimento della funzione religiosa.

INOLTRE DICHIARO CHE

L'Impresa è regolarmente iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____

E' munita del titolo autorizzativo per l'esercizio dell'attività funebre e del disbrigo pratiche;

Il trasporto sarà eseguito da _____ nato a _____ () il _____ e residente a _____ () quale incaricato del trasporto utilizzando il carro funebre contraddistinto dalla targa _____ e munito delle autorizzazioni come previste dalla legge.

Per la movimentazione del Feretro verranno impiegati i seguenti operatori funebri regolarmente assunti come previsto dal CCNL e nel rispetto del D.Lgs 81/2008 integrato dal D.Lgs 106/2009:

Nome e Cognome	Nato a	Il	Residente	Assunto il

_____ li _____

Il Richiedente

(1) indicare a secondo dei casi : Titolare - Socio - Amministratore - Procuratore - Dipendente - Delegato dell' Impresa di Onoranze Funebri

Modello b.4.1

**AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI CADAVERE FUORI DAL COMUNE DI DECESSO
(DPR 285/90, L.R.)**MARCA
DA BOLLO

COMUNE di _____ (_____)

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Vista la domanda presentata da _____ in data _____

per ottenere l'autorizzazione al trasporto dal Comune di _____ al

Cimitero del Comune di _____ del Cadavere di _____ *Burc n. 133 del 29 Novembre 2019* per

essere tumulato/inumato.

Visto il certificato Necroscopico rilasciato dal Dott. _____ medico dell'A.S.P.;

Vista l'autorizzazione al seppellimento rilasciata dall'Ufficiale di Stato Civile in data _____;

Visto il Regolamento di Polizia Mortuaria D.P.R. 10 Settembre 1990 n° 285 e la L.R. n;

AUTORIZZA

L'impresa funebre _____ con sede a _____

al trasporto del cadavere di _____

Sotto l'osservanza delle prescrizioni contenute nel D.P.R. 10 settembre 1990 n° 285, il trasporto si

effettuerà il giorno _____ con partenza alle ore _____ con carro funebre targato

_____ l'incaricato del trasporto è il Sig. _____ e con

personale per la movimentazione:

_____; _____;

_____; _____.

La presente autorizzazione dovrà accompagnare l'incaricato del presente trasporto funebre ed essere esibita a qualunque richiesta delle autorità competenti; quindi dovrà essere consegnata al custode del cimitero.

_____ li _____

Timbro

Il Funzionario Incaricato

Modello b.4.2

VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO DI CADAVERE NELL'AMBITO DELLO STESSO COMUNE

Dichiarazione di eseguite prescrizioni in conformità all'art. 30 del D.P.R. 285/1990 e all'art.9 Circ. Min. 24/1993 e alla Legge Regionale n. art. 13 sui trasporti funebri.

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in _____ in Via _____ in qualità di _____ dell'Impresa di Onoranze funebri _____ con sede in _____, autorizzata ai sensi dell'art. 115 del T.U.L.L.P.S., chiamato ad eseguire il trasporto del cadavere di _____ nato a _____

il _____ e deceduto il _____ in via _____ del Comune di _____ al Cimitero del Comune di _____, nella sua veste di incaricato di pubblico servizio ai sensi dell' art. 358-C. P. e s.m., consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazione mendace,

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

DICHIARO

1) Che il feretro contenente il cadavere della defunta/a suddetto/a, trascorso il prescritto periodo di osservazione, è stato composto, in relazione al tipo di sepoltura prevista ed alla distanza che intercorre tra il luogo di partenza ed il Cimitero di destinazione, conformemente alle prescrizioni previste dall' art. 30 del vigente Regolamento di polizia mortuaria approvato con D.P.R. 285/1990 e dalla relativa Circolare ministeriale n. 24/1993 ed in particolare all'Art. 13 della L.R. n. .

(Apporre una X al caso corrispondente):

il feretro è composto da DUPLICE cassa di cui quella interna/esterna di metallo (zinco) ermeticamente chiusa mediante saldatura a fuoco o a freddo;

il feretro è composto da semplice cassa di legno di cui l'interno foderato con contenitore biodegradabile (BARRIERA) autorizzato dal Ministero della Sanità ed idoneo al trasporto delle salme anche per distanze superiori ai 100 chilometri;

il feretro è composto da semplice cassa di legno il cui interno è privo di materiali non biodegradabili; (solo in caso di trasporto entro i 100 km e di malattia infettiva-diffusiva compresa nell'elenco pubblicato dal Ministero della Sanità) il cadavere è stato avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante e autorizzato dal Ministero della Sanità; (solo in caso di trasporto superiore ai 100 km e di malattia infettiva-diffusiva compresa nell'elenco pubblicato dal Ministero della Sanità) il cadavere è stato avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante e racchiusa in DUPLICE cassa di cui quella interna/esterna di metallo (zinco) ermeticamente chiusa mediante saldatura a fuoco o a freddo;

2) che esternamente al feretro è stata applicata una targhetta metallica riportante cognome, nome, data di nascita e di morte;

3) che il trasporto ha avuto inizio in data odierna alle ore _____ come da autorizzazione del Comune di _____ in data _____ (decreto N° _____);

4) che la movimentazione del feretro ed il trasporto dal Comune di partenza a quello di destinazione viene effettuata avvalendosi di idoneo personale e carro funebre, come sulla domanda di autorizzazione al trasporto il cui impiego è autorizzato ai sensi dell' art. 20 del precitato D.P.R. 285/1990 e ai sensi degli art. 9 e 13 della Legge Regionale n. ;

5) che alla presenza dei familiari del defunto ho personalmente provveduto all' identificazione del cadavere mediante conoscenza diretta;

6) che a garanzia della integrità del feretro e del suo contenuto ho apposto, su due delle viti di chiusura del coperchio un sigillo in ceralacca dell' impresa che effettua il trasporto (sul quale è impresso il nominativo dell' impresa stessa), riprodotto con timbro ad inchiostro anche in calce al presente documento.

La presente dichiarazione di eseguite prescrizioni viene allegata in originale alla documentazione che accompagna il feretro fino al Cimitero/Crematorio di destinazione. Copia viene conservata agli atti dell'impresa funebre che ha eseguito il trasporto.

Copia è detenuta dal Custode Cimiteriale.

.....li

Timbro
impresa

Il dichiarante e incaricato del trasporto
(firma leggibile)

Il sottoscritto _____ addetto alla struttura denominata _____

_____ riceve il feretro sopra indicato il giorno _____

alle ore _____

_____ li _____ Il dichiarante

Modello b.4.3

VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO DI CADAVERE FUORI COMUNE

Dichiarazione di eseguite prescrizioni in conformità all'art. 30 del D.P.R. 285/1990 e all'art.9 Circ. Min. 24/1993 e alla Legge Regionale n. art. 13 sui trasporti funebri.

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in _____ in Via _____ in qualità di _____ dell' Impresa di Onoranze funebri _____ con sede in _____, autorizzata ai sensi dell'art. 115 del T.U.L.L.P.S., chiamato ad eseguire il trasporto del cadavere di _____ nato a _____

Il _____ e deceduto il _____ dal Comune di _____ al Cimitero del Comune di _____, nella sua veste di incaricato di pubblico servizio ai sensi dell' art. 358 C. P. e s.m., consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARO

1) Che il feretro contenente il cadavere del/la defunto/a suddetto/a, trascorso il prescritto periodo di osservazione, è stato composto, in relazione al tipo di sepoltura prevista ed alla distanza che intercorre tra il luogo di partenza ed il Comune di destinazione, conformemente alle prescrizioni previste dall' art. 30 del vigente Regolamento di polizia mortuaria approvato con D.P.R. 285/1990 e dalla relativa Circolare ministeriale n. 24/1993 ed in particolare all'Art. 13 della L.R. n. .

(Apporre una X al caso corrispondente):

il feretro è composto da DUPLICE cassa di cui quella interna/esterna di metallo (zinco) ermeticamente chiusa mediante saldatura a fuoco o a freddo;

il feretro è composto da semplice cassa di legno di cui l'interno foderato con contenitore biodegradabile (BARRIERA) autorizzato dal Ministero della Sanità ed idoneo al trasporto delle salme anche per distanze superiori ai 100 chilometri;

il feretro è composto da semplice cassa di legno il cui interno è privo di materiali non biodegradabili; (solo in caso di trasporto entro i 100 km e di malattia infettiva-diffusiva compresa nell'elenco pubblicato dal Ministero della Sanità) il cadavere è stato avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante e autorizzato dal Ministero della Sanità;

(solo in caso di trasporto superiore ai 100 km e di malattia infettiva-diffusiva compresa nell'elenco pubblicato dal Ministero della Sanità) il cadavere è stato avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante e racchiusa in DUPLICE cassa di cui quella interna/esterna di metallo (zinco) ermeticamente chiusa mediante saldatura a fuoco o a freddo;

2) che esternamente al feretro è stata applicata una targhetta metallica riportante cognome, nome, data di nascita e di morte;

3) che il trasporto ha avuto inizio in data odierna alle ore _____ come da autorizzazione del Comune di _____ in data _____ (decreto N° _____)

4) che la movimentazione del feretro ed il trasporto dal Comune di partenza a quello di destinazione viene effettuata avvalendosi di idoneo personale e carro funebre, come sulla domanda di autorizzazione al trasporto il cui impiego è autorizzato ai sensi dell' art. 20 del precitato D.P.R. 285/1990 e ai sensi degli art. 9 e 13 della Legge Regionale n. ;

5) che alla presenza dei familiari del defunto ho personalmente provveduto all' identificazione del cadavere mediante conoscenza diretta;

6) che a garanzia della integrità del feretro e del suo contenuto ho apposto, su due delle viti di chiusura del coperchio un sigillo in ceralacca dell' impresa che effettua il trasporto (sul quale è impresso il nominativo dell' impresa stessa), riprodotto con timbro ad inchiostro anche in calce al presente documento.

La presente dichiarazione di eseguite prescrizioni viene allegata in originale alla documentazione che accompagna il feretro fino al Cimitero/Crematorio di destinazione. Copia viene conservata agli atti dell'impresa funebre che ha eseguito il trasporto.

Copia è inviata al comune di partenza, a quello di arrivo.

.....li

Timbro
impresa

Il dichiarante e incaricato del trasporto
(firma leggibile)

Il sottoscritto _____ addetto alla struttura denominata _____

_____ riceve il feretro sopra indicato il giorno _____

alle ore _____

_____, li _____ Il dichiarante

Modello b.5

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI CADAVERE NELL'AMBITO DELLO STESSO
COMUNE (artt. 9 e 13, L. R.)**

MARCA DA BOLLO

AL Sig. SINDACO del COMUNE di _____

Il Sottoscritto _____ nato a _____ () il _____

_____ residente in _____ ()

Via _____ n° _____ nella _____ qualità _____ di _____ (1)

_____ dell' _____ Impresa Funebre denominata _____

_____ con sede in _____ ()

Via _____ N° _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti, saranno applicate nei propri confronti le pene stabilite dal Codice Penale come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 2000

CHIEDE*Burc n. 133 del 29 Novembre 2019*

ai sensi degli artt. 19, 23, 24 e 30 e seguenti del D.P.R. del 10 settembre 1990, n. 285, della Circolare del Ministero della Sanità n. 24 del 24/06/1993 e degli artt. 9 e 13 della L.R. n. L'AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DEL CADAVERE DI:

_____ nato/a a _____ ()

il _____ in vita residente a _____ () in Via _____

N° _____ e deceduto/a in questo Comune il _____ alle

ore _____ in Via _____ N° _____

Il trasporto del cadavere sarà effettuato giorno _____ alle ore _____ per il Cimitero di _____

Nel tragitto è prevista la sosta presso la Chiesa o altro luogo di culto per lo svolgimento della funzione religiosa.

INOLTRE DICHIARO CHE

L'Impresa è regolarmente iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____

E' munita del titolo autorizzativo per l'esercizio dell'attività funebre e del Disbrigo Pratiche;

Il trasporto sarà eseguito da _____ nato

a _____ () il _____ e residente a _____

() quale incaricato del trasporto utilizzando il carro

funebre contraddistinto dalla targa _____ e munito delle autorizzazioni come

previste dalla legge.

Per la movimentazione del Feretro verranno impiegati i seguenti operatori funebri regolarmente assunti come previsto dal CCNL e nel rispetto del D.Lgs 81/2008 integrato dal D.Lgs 106/2009:

Nome e Cognome	Nato a	Il	Residente	Assunto il

_____ li _____

Il Richiedente

(1) indicare a secondo dei casi : Titolare - Socio - Amministratore - Procuratore - Dipendente - Delegato dell' Impresa di Onoranze Funebrì

Modello b.5.1

**AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI CADAVERE NELL'AMBITO DEL
COMUNE DI DECESSO (art. 9 e 13, L.R.)**MARCA
DA BOLLO

COMUNE di _____ (_____)

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Vista la domanda presentata da _____ in data _____
per ottenere l'autorizzazione al trasporto dalla casa posta in _____ al
Cimitero di questo Comune del Cadavere di _____ nato a
_____ (_____) il _____ e deceduto in questo Comune alle ore
_____ del _____ per essere tumulato/inumato. *Burc n. 133 del 29 Novembre 2019*

Visto il certificato Necroscopico rilasciato dal Dott. _____ medico
dell'A.S.P. di _____;

Vista l'autorizzazione al seppellimento rilasciata dall'Ufficiale di Stato Civile in data _____;

Visto il Regolamento di Polizia Mortuaria D.P.R. 10 Settembre 1990 n° 285, la Circolare
Ministeriale del 24/06/1993 e gli artt. 9 e 13 della L.R. n°

AUTORIZZA

L'impresa funebre _____ con sede a _____
al trasporto del cadavere di _____ dalla casa posta
in Via _____ al Cimitero di questo Comune con l'eventuale sosta
presso la Chiesa o altro luogo di culto per lo svolgimento della funzione.

Sotto l'osservanza delle prescrizioni contenute nel D.P.R. 10 settembre 1990 n° 285, il trasporto si
effettuerà il giorno _____ con partenza alle ore _____ con carro funebre targato
_____ l'incaricato del trasporto è il Sig. _____ e con
personale per la movimentazione come riportato sulla domanda di autorizzazione al trasporto.

La presente autorizzazione dovrà accompagnare l'incaricato del presente trasporto funebre ed
essere esibita a qualunque richiesta delle autorità competenti, quindi dovrà essere consegnata al
Custode del Cimitero.

_____ li _____

Timbro

Il Funzionario Incaricato

Modello b.6

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E CREMAZIONE DI CADAVERE/ RESTI MORTALI, AL
TRASFERIMENTO E ALLA DISPERSIONE/AFFIDAMENTO/SEPPELLIMENTO DELLE CENERI**

MARCA
DA BOLLO

Al Comune di _____ (_____)

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____ cap. _____ documento di
riconoscimento(1) _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ in qualità
di (2) _____, in considerazione della manifestazione di volontà del defunto o degli
aventi titolo di essere cremato e della successiva destinazione delle ceneri, come risulta dai seguenti atti e
documenti allegati(3):

disposizioni testamentaria del defunto
volontà del defunto iscritto ad associazione avente tra i propri fini quello della cremazione
dichiarazione di volontà resa dal coniuge
volontà del parente più prossimo, individuato ai sensi del artt. 74, 75, 76 e 77 C.C. è, in caso di concorrenza di più
parenti dello stesso grado, della maggioranza assoluta di essi

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

CHIEDE

**il rilascio dell'autorizzazione al trasporto e cremazione di cadavere/resti mortali, al trasferimento e alla
dispersione/affidamento/seppelemento delle ceneri del defunto**

Cognome/Nome _____ nato a _____ il _____;
cittadinanza _____ già residente in vita a _____ in via _____
n. _____ C.F. _____, deceduto nel Comune di _____ via
_____ in data _____ alle ore _____

Il cadavere sarà trasportato dal Comune di _____ al crematorio sito nel Comune di _____
previa sosta presso _____, _____ per le esequie, con il veicolo
dell'Impresa _____ di _____ autorizzazione n. _____,
condotto da _____ accompagnato dai necrofori:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

La cremazione sarà effettuata presso il crematorio sito nel Comune di _____ con successivo
trasferimento delle ceneri nel Comune di _____ per essere destinati a (4):

Affidamento personale a _____, nato a _____ documento di
riconoscimento tipo (1) _____ rilasciato da _____ il _____, che
specifica che conserverà le ceneri del defunto presso la propria abitazione privata sita in _____ alla
via _____ n. _____
sotto la propria diligente custodia, garantendone la non profanazione.

Dispersione che sarà effettuata (5), come da apposito verbale che sarà redatto nella circostanza,

- nell'area definita all'interno del cimitero di _____
- in area privata fuori dai centri abitati sita in _____
- in natura, e specificatamente in (6):
mare lago fiume aria _____

Seppellimento nel Cimitero comunale di _____ ove verranno interrate tumulate

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Note per la compilazione:

- Il richiedente allega copia del proprio documento di riconoscimento
- Indicare il grado di parentela o titolo legittimante a richiedere il trasporto
- Allegare la documentazione, in originale o copia conforme, da cui si evince la volontà del defunto
- Barrare la voce corrispondente alla richiesta che si sta effettuando
- Il luogo della dispersione, ove non stabilito dal defunto, è indicato dall'avente diritto
- Specificare la località

Modello b.7

**AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E CREMAZIONE DI CADAVERE/ RESTI MORTALI, AL TRASFERIMENTO E
ALLA DISPERSIONE/AFFIDAMENTO/SEPPELLIMENTO DELLE CENERI**

MARCA
DA BOLLO

Comune di _____
Il Responsabile del Servizio/Ufficio _____

Vista l'istanza prodotta in data _____ dal Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ cittadinanza _____ residente a _____
in ordine al rilascio dell'autorizzazione al trasporto e cremazione di cadavere/resti mortali, al
trasferimento e alla dispersione/affidamento/seppeimento delle ceneri del defunto _____ nato
a _____ il _____ cittadinanza _____ già residente in vita a _____ in
via _____ n. _____ C.F. _____, deceduto nel Comune di _____
in data _____ alle ore _____;

AUTORIZZA

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

Il trasporto del cadavere/resti mortali di _____, come sopra generalizzato, dal Comune di _____
al crematorio sito nel Comune di _____
previa sosta presso _____ per le esequie, con il veicolo dell'Impresa _____
avente sede legale in _____ autorizzazione n. _____, targato _____ condotto da
_____ accompagnato dai necrofori:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

N.B. Il veicolo che trasporta il feretro può raggiungere il luogo finale di destinazione anche senza l'accompagnamento degli altri
necrofori, purché ad accoglierlo ci sia un numero adeguato di operai per le necessarie operazioni.

Luogo e data _____

Il Responsabile del Servizio/Ufficio _____

L'Ufficiale di Stato Civile

Vista l'istanza prodotta in data _____ dal Sig./ra _____ in ordine al rilascio dell'autorizzazione al
trasporto e cremazione di cadavere/resti mortali, al trasferimento e alla dispersione/affidamento/seppeimento delle
ceneri del defunto _____;

Vista la documentazione prodotta in ordine alla manifestazione di volontà del defunto o degli aventi titolo di essere
cremato e della successiva destinazione delle ceneri;

Visto il certificato del medico della ASP che nulla Osta alla cremazione;

AUTORIZZA

la cremazione del cadavere/resti mortali di _____ presso il crematorio
sito nel Comune di _____ con successivo trasferimento delle ceneri nel Comune di _____
per essere destinate a (1) :

Affidamento personale a _____, nato a _____ documento di
riconoscimento tipo(2) _____ rilasciato da _____ il _____, che
specifica che conserverà le ceneri del defunto presso la propria abitazione privata sita in _____ alla
via _____ n. _____
sotto la propria diligente custodia, garantendone la non profanazione.

Dispersione che sarà effettuata, come da apposito verbale che dovrà essere consegnato entro tre giorni a questo
Ufficio di Stato Civile,

- a. nell'area definita all'interno del cimitero di _____
- b. in area privata fuori dai centri abitati sita in _____
- c. in natura, e specificatamente in:

mare lago fiume aria(3) _____

Seppellimento nel Cimitero comunale di _____ ove verranno interrate tumulate

Luogo e data _____

L'Ufficiale di Stato Civile _____

Note per la compilazione:

- 1) Barrare la voce corrispondente alla richiesta che si sta effettuando
- 2) Indicare gli estremi del documento di riconoscimento dell'affidatario
- 3) Specificare la località

Logo impresa

Modello b.8

VERBALE DI DISPERSIONE DELLE CENERI

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____, incaricato della dispersione in qualità di _____, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445 del 28/12/2000;

DICHIO CHE

Oggi _____ alle _____ ore _____ presso _____ (Burc n. 133 del 29 Novembre 2019) (indicare area)

sono state disperse dal/la signor /a (nome e cognome) _____ nato/a _____ il _____ residente in via _____ a _____ le ceneri provenienti dalla cremazione della salma di _____ nato/a a _____ il _____ deceduto/a a _____ il _____
Eventuali altre annotazioni _____

DICHIO CHE

Al fine di evitare l'abbandono in natura dell'urna vuota
la stessa sarà trattenuta e conservata dai familiari
la stessa sarà smaltita secondo gli obblighi di legge dai familiari
la stessa sarà consegnata presso gli uffici siti nel Cimitero di _____ previa asportazione della targhetta e presentazione del presente verbale

Il presente verbale viene redatto in triplice copia che si provvederà a consegnarle una agli atti d'ufficio dell'Impresa, una consegnata al Comune di _____ la terza a chi ha richiesto la dispersione.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

L'incaricato
Firma

R.D. 27-7-1934 n. 1265
Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie
Pubblicato nella Gazz. Uff. 9 agosto 1934, n. 186, S.O.

R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

(commento di giurisprudenza)

Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie ⁽³⁾

⁽¹⁾ Pubblicato nella Gazz. Uff. 9 agosto 1934, n. 186, S.O.

⁽²⁾ A norma dell'[art. 1, comma 1, L. 26 febbraio 1999, n. 42](#), la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel presente testo unico, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

⁽³⁾ Il regolamento di polizia veterinaria è stato emanato con [D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320](#). Vedi, anche, la [L. 23 dicembre 1978, n. 833](#), Istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Vista la legge 6 luglio 1933, n. 947:

Art. 343

La cremazione dei cadaveri è fatta in crematoi autorizzati dal prefetto, sentito il medico provinciale. I comuni debbono concedere gratuitamente l'area necessaria nei cimiteri per la costruzione dei crematoi.

Le urne cinerarie contenenti i residui della completa cremazione possono essere collocate nei cimiteri o in cappelle o tempii appartenenti a enti morali o in colombari privati che abbiano destinazione stabile e siano garantiti contro ogni profanazione.

D.P.R. 10-9-1990 n. 285

Approvazione del regolamento di polizia mortuaria.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 12 ottobre 1990, n. 239, S.O.

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 ⁽¹⁾.

Approvazione del regolamento di polizia mortuaria.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 12 ottobre 1990, n. 239, S.O.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 87 della Costituzione;

Visto l'art. 358 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con [regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265](#);

Visto l'art. [17 della legge 23 agosto 1988, n. 400](#);

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, recante regolamento di polizia mortuaria;

Udito il parer del Consiglio superiore di sanità;

Udito il parere del Consiglio di Stato, reso nell'adunanza generale del 22 marzo 1990;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 31 agosto 1990;

Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno e di grazia e giustizia;

Emana il seguente decreto:

Capo XVI

Cremazione

78. 1. I crematori devono essere costruiti entro i recinti dei cimiteri e sono soggetti alla vigilanza del sindaco.

2. Il progetto di costruzione di un crematorio deve essere corredato da una relazione nella quale vengono illustrate le caratteristiche ambientali del sito, le caratteristiche tecnico-sanitarie dell'impianto ed i sistemi di tutela dell'aria dagli inquinamenti sulla base delle norme vigenti in materia.

3. I progetti di costruzione dei crematori sono deliberati dal consiglio comunale.

79. 1. La cremazione di ciascun cadavere deve essere autorizzata dal sindaco sulla base della volontà testamentaria espressa in tal senso dal defunto. In mancanza disposizione testamentaria, la volontà deve essere manifestata dal coniuge e, in difetto, dal parente più prossimo individuato secondo gli articoli 74 e seguenti del codice civile e, nel caso di concorrenza di più parenti nello stesso grado, da tutti gli stessi.

2. La volontà del coniuge o dei parenti deve risultare da atto scritto con sottoscrizione autenticata da notaio o dai pubblici ufficiali abilitati ai sensi dell'art. 20 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, ovvero da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'articolo 47 del testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445](#) ⁽⁶⁾.

3. Per coloro, i quali, al momento della morte risultino iscritti ad associazioni riconosciute che abbiano tra i propri fini quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, è sufficiente la presentazione di una dichiarazione in carta libera scritta e datata, sottoscritta dall'associato di proprio pugno o, se questi non sia in grado di scrivere, confermata da due testimoni, dalla quale chiaramente risulti la volontà di essere cremato. La dichiarazione deve essere convalidata dal presidente dell'associazione.

4. L'autorizzazione di cui al comma 1 non può essere concessa se la richiesta non sia corredata da certificato in carta libera redatto dal medico curante o dal medico necroscopo, con firma autenticata dal coordinatore sanitario, dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato.

5. In caso di morte improvvisa o sospetta occorre la presentazione del nulla osta dell'autorità giudiziaria.

(6) Comma così modificato dall'art. [36-bis, comma 1, D.L. 21 marzo 2022, n. 21](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 20 maggio 2022, n. 51](#).

80. 1. La cremazione deve essere eseguita da personale appositamente autorizzato dall'autorità comunale, ponendo nel crematorio l'intero feretro.

2. Le ceneri derivanti dalla cremazione di ciascun cadavere devono essere raccolte in apposita urna cineraria portante all'esterno il nome, cognome, data di nascita e di morte del defunto.

3. Nel cimitero deve essere predisposto un edificio per accogliere queste urne; le urne possono essere collocate anche in spazi dati in concessione ad enti morali o privati.

4. Le dimensioni limite delle urne e le caratteristiche edilizie di questi edifici vengono stabilite dai regolamenti comunali.

5. Il trasporto delle urne contenenti i residui della cremazione, ferme restando le autorizzazioni di cui agli articoli 24, 27, 28 e 29, non è soggetto ad alcuna delle misure precauzionali igieniche stabilite per il trasporto delle salme, salvo eventuali indicazioni del coordinatore sanitario nel caso di presenza di nuclidi radioattivi.

6. Ogni cimitero deve avere un cinerario comune per la raccolta e la conservazione in perpetuo e collettiva delle ceneri provenienti dalla cremazione delle salme, per le quali sia stata espressa la volontà del defunto di scegliere tale forma di dispersione dopo la cremazione oppure per le quali i familiari del defunto non abbiano provveduto ad altra destinazione.

81. 1. La consegna dell'urna cineraria agli effetti dell'articolo 343 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con [regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265](#), deve risultare da apposito verbale redatto in tre esemplari, dei quali uno deve essere conservato dal responsabile del servizio cimiteriale, uno da chi prende in consegna l'urna e il terzo deve essere trasmesso all'ufficio di stato civile.

2. Il secondo esemplare del verbale deve essere conservato dall'incaricato del servizio di custodia del cimitero in cui vengono custodite le ceneri.

CODICE CIVILE

Edizione ottobre 2021

Testo aggiornato al decreto legge Crisi d'impresa 24 agosto 2021, n. 118 (in G.U. 24/08/2021, n.202)

REGIO DECRETO 16 marzo 1942-XX, n. 262.

Approvazione del testo del Codice civile

VITTORIO EMANUELE III

PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTA' DELLA NAZIONE

RE D'ITALIA E DI ALBANIA

IMPERATORE D'ETIOPIA

Visti i Regi decreti 12 dicembre 1938-XVII, n. 1852, 26 ottobre 1939-XVII, n. 1586, 30 gennaio 1941-XIX, n. 15, 30 gennaio 1941-XIX, n. 16, 30 gennaio 1941-XIX, n. 17 e 30 gennaio 1941-XIX, n. 18, che danno facoltà al Governo di provvedere alla riunione ed al coordinamento dei libri del Codice civile delle persone, delle successioni per causa di morte e delle donazioni, della proprietà, delle obbligazioni, del lavoro e della tutela dei diritti, approvati con gli stessi Regi decreti;

Vista la legge 30 gennaio 1941-XIX, n. 14, sul valore giuridico della Carta del Lavoro;

Udito il Consiglio dei Ministri;

Sulla proposta del Nostro Guardasigilli, Ministro Segretario di Stato per la grazia e giustizia;

Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1.

E' approvato il testo del Codice civile, il quale, preceduto dalle disposizioni sul valore giuridico della Carta del Lavoro, dal testo della Carta del Lavoro, approvato dal Gran Consiglio del Fascismo il 21 aprile 1927-V, e dalle Disposizioni sulla legge in generale, avrà esecuzione a cominciare dal 21 aprile 1942-XX, sostituendo da questa data i libri del Codice stesso, approvati con i Regi decreti 12 dicembre 1938-XVII, n. 1852, 26 ottobre 1939-XVII, n. 1586, 30 gennaio 1941-XIX, n. 15, 30 gennaio 1941-XIX, n. 16, 30 gennaio 1941-XIX, n. 17, e 30 gennaio 1941-XIX, n. 18. **((3))**

AGGIORNAMENTO (3)

Il D.Lgs. Luogotenenziale 14 settembre 1944, n. 287 ha disposto (con l'art. 2, comma 1) che "La legge 30 gennaio 1941, n. 14, sul valore giuridico della Carta del Lavoro e' abrogata, rimanendo soppressa, nell'art. 1 del R. decreto 16 marzo 1942, n. 262, che approva il testo del Codice civile, la menzione delle disposizioni sul valore giuridico della Carta del lavoro e del testo della Carta del lavoro medesima".

Art. 2.

Un esemplare del testo del Codice civile, firmato da Noi e contrassegnato dal Nostro Ministro Segretario di Stato per la grazia e giustizia, servirà di originale e sarà depositato e custodito nell'Archivio del Regno.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserito nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

(Atti di disposizione del proprio corpo).

Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume. **((210))**

AGGIORNAMENTO (210)

La L. 19 settembre 2012, n. 167 ha disposto (con l'art. 1, comma 1) che "In deroga al divieto di cui all'articolo 5 del codice civile, e' ammesso disporre a titolo gratuito di parti di polmone, pancreas e intestino al fine esclusivo del trapianto tra persone viventi".

Art. 6.

(Diritto al nome).

Ogni persona ha diritto al nome che le e' per legge attribuito.

Nel nome si comprendono il prenome e il cognome.

Non sono ammessi cambiamenti, aggiunte o rettifiche al nome, se non nei casi e con le formalità dalla legge indicati.

Art. 7.

(Tutela del diritto al nome).

La persona, alla quale si contesti il diritto all'uso del proprio nome o che possa risentire pregiudizio dall'uso che altri indebitamente ne faccia, puo' chiedere giudizialmente la cessazione del fatto lesivo, salvo il risarcimento dei danni.

L'autorità giudiziaria puo' ordinare che la sentenza sia pubblicata in uno o piu' giornali.

Art. 8.

(Tutela del nome per ragioni familiari).

Nel caso previsto dall'articolo precedente, l'azione puo' essere promossa anche da chi, pur non portando il nome contestato o indebitamente usato, abbia alla tutela del nome un interesse fondato su ragioni familiari degne d'essere protette.

Art. 9.

(Tutela dello pseudonimo).

Lo pseudonimo, usato da una persona in modo che abbia acquistato l'importanza del nome, puo' essere tutelato ai sensi dell'art. 7.

Art. 10.

(Abuso dell'immagine altrui).

Egli e' pero' escluso dalla successione, quando la persona della cui eredita' si tratta e' legata da valido matrimonio al momento della morte)).

Art. 585.

((Successione del coniuge separato.))

((Il coniuge cui non e' stata addebitata la separazione con sentenza passata in giudicato ha gli stessi diritti successori del coniuge non separato.

Nel caso in cui al coniuge sia stata addebitata la separazione con sentenza passata in giudicato, si applicano le disposizioni del secondo comma dell'articolo 548)).

((CAPO III))

Della successione dello Stato

Art. 586.

(Acquisto dei beni da parte dello Stato).

In mancanza di altri successibili, l'eredita' e' devoluta allo Stato. L'acquisto si opera di diritto senza bisogno di accettazione e non puo' farsi luogo a rinunzia.

Lo Stato non risponde dei debiti ereditari e dei legati oltre il valore dei beni acquistati.

TITOLO III

DELLE SUCCESSIONI TESTAMENTARIE

CAPO I

Disposizioni generali

Art. 587.

(Testamento).

Il testamento e' un atto revocabile con il quale taluno dispone, per il tempo in cui avra' cessato di vivere, di tutte le proprie sostanze o di parte di esse.

Le disposizioni di carattere non patrimoniale, che la legge consente siano contenute in un testamento, hanno efficacia, se contenute in un atto che ha la forma del testamento, anche se manchino disposizioni di carattere patrimoniale.

Art. 588.

(Disposizioni a titolo universale e a titolo particolare).

Le disposizioni testamentarie, qualunque sia l'espressione o la denominazione usata dal testatore, sono a titolo universale e attribuiscono la qualita' di erede, se comprendono l'universalita' o una quota dei beni del testatore. Le altre disposizioni sono a titolo particolare e attribuiscono la qualita' di legatario.

L'indicazione di beni determinati o di un complesso di beni non esclude che la disposizione sia a titolo universale, quando risulta che il testatore ha inteso assegnare quei beni come quota del patrimonio.

(Testamento congiuntivo o reciproco).

Non si puo' fare testamento da due o piu' persone nel medesimo atto, ne' a vantaggio di un terzo, ne' con disposizione reciproca.

Art. 590.

(Conferma ed esecuzione volontaria di disposizioni testamentarie nulle).

La nullita' della disposizione testamentaria, da qualunque causa dipenda, non puo' essere fatta valere da chi, conoscendo la causa della nullita', ha, dopo la morte del testatore, confermato la disposizione o dato ad essa volontaria esecuzione.

CAPO II
Della capacita' di disporre per testamento

Art. 591.

(Casi d'incapacita').

Possono disporre per testamento tutti coloro che non sono dichiarati incapaci dalla legge.

((Sono incapaci di testare:

1) coloro che non hanno compiuto la maggiore eta';

2) gli interdetti per infermita' di mente;

3) quelli che, sebbene non interdetti, si provi essere stati, per qualsiasi causa, anche transitoria, incapaci di intendere e di volere nel momento in cui fecero testamento)).

Nei casi d'incapacita' previsti dal presente articolo il testamento puo' essere impugnato da chiunque vi ha interesse. L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui e' stata data esecuzione alle disposizioni testamentarie.

CAPO III
Della capacita' di ricevere per testamento

Art. 592.

(**((Figli))** riconosciuti o riconoscibili).

Se vi sono discendenti legittimi, i **((figli))**, quando la filiazione e' stata riconosciuta o dichiarata, non possono ricevere per testamento piu' di quanto avrebbero ricevuto se la successione si fosse devoluta in base alla legge.

I **((figli))** riconoscibili, quando la filiazione risulta nei modi indicati dall'art. 279, non possono ricevere piu' di quanto, secondo la disposizione del comma precedente, potrebbero conseguire se la filiazione fosse stata riconosciuta o dichiarata. (22)

AGGIORNAMENTO (22)

La Corte Costituzionale, con sentenza 18 - 28 dicembre 1970, n. 205 (in G.U. 1a s.s. 30/12/1970, n. 329), ha dichiarato, ai sensi dell'art. 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87, l'illegittimita' costituzionale del presente articolo.

Bur n. 21 del 09/03/2010

(Codice interno: 222818)

LEGGE REGIONALE 04 marzo 2010, n. 18

Norme in materia funeraria.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge regionale:

CAPO I**Finalità, istituzioni ed operatori****Art. 1****Finalità**

1. La presente legge disciplina gli aspetti relativi alla tutela della salute pubblica nell'ambito delle funzioni e dei servizi correlati al decesso di ogni persona, nel rispetto della dignità, delle convinzioni religiose e culturali e del diritto di ognuno di poter scegliere liberamente la forma di sepoltura o la cremazione.

2. La Regione del Veneto promuove l'informazione sulla cremazione e su forme di sepoltura di minore impatto per l'ambiente, nel rispetto dei diversi usi funerari propri di ogni comunità.

Art. 2**Compiti della Regione**

1. La Regione esercita compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo nelle materie disciplinate dalla presente legge, improntando la propria attività alla semplificazione dei procedimenti amministrativi e ai principi di efficacia e di efficienza della vigilanza sanitaria.

2. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce:

- a) i requisiti strutturali dei cimiteri e dei crematori;
- b) i requisiti delle strutture destinate al servizio obitorioale;
- c) i requisiti strutturali delle case funerarie e delle sale del commiato;
- d) i requisiti dei mezzi di trasporto funebre e delle casse;
- e) i requisiti strutturali, gestionali e professionali per l'esercizio dell'attività funebre;
- f) le caratteristiche e le modalità di realizzazione delle cappelle private e delle tumulazioni privilegiate fuori dai cimiteri;
- g) l'elenco delle malattie infettive che richiedono particolari prescrizioni per la sepoltura o per la cremazione.

Art. 3**Compiti dei comuni**

1. Il comune assicura la sepoltura o la cremazione dei cadaveri delle persone residenti e di quelle decedute nel proprio territorio, tramite la realizzazione, anche in associazione con altri comuni, di cimiteri e di crematori ed in particolare:

- a) rilascia le autorizzazioni previste dalla presente legge;

- b) assicura spazi pubblici idonei allo svolgimento di riti funebri nel rispetto della volontà del defunto e dei suoi familiari;
- c) adotta il regolamento di polizia mortuaria;
- d) assicura il trasporto funebre in caso di indigenza del defunto o di stato di bisogno della famiglia o di disinteresse da parte dei familiari, nonché il servizio di raccolta e di trasferimento all'obitorio dei deceduti sulla pubblica via o in luogo pubblico.

2. In particolare il regolamento di polizia mortuaria:

- a) stabilisce l'ubicazione, le condizioni di esercizio e di utilizzo dei cimiteri, delle strutture obitoriali e delle sale del commiato;
- b) definisce i turni di rotazione dei campi di inumazione e le procedure di trattamento del terreno volte a favorire i processi di mineralizzazione;
- c) fissa le modalità e la durata delle concessioni e le tariffe delle sepolture private;
- d) disciplina le attività funebri e le condizioni di esercizio del servizio di trasporto funebre in applicazione delle disposizioni regionali;
- e) fissa le prescrizioni relative all'affidamento e alle caratteristiche delle urne cinerarie;
- f) stabilisce le caratteristiche della camera mortuaria, dell'ossario comune, del cinerario comune e delle sepolture per inumazione e per tumulazione.

3. Il comune esercita le funzioni di vigilanza avvalendosi, per gli aspetti igienico sanitari, dell'azienda ULSS.

Art. 4

Compiti delle aziende ULSS

1. L'azienda ULSS:

- a) assicura il servizio di medicina necroscopica di cui all'articolo 9;
- b) impartisce prescrizioni a tutela della salute pubblica, in particolare nei casi previsti agli articoli 51 e 52;
- c) esercita le funzioni di vigilanza per gli aspetti igienico sanitari;
- d) rilascia i pareri, le certificazioni e i nullaosta previsti dalla presente legge.

Art. 5

Attività funebre

1. L'attività funebre è l'attività che comprende ed assicura in forma congiunta l'espletamento delle seguenti prestazioni:

- a) disbrigo, su mandato dei familiari o di altri aventi titolo, delle pratiche amministrative inerenti il decesso e organizzazione delle onoranze funebri;
- b) vendita di casse ed altri articoli funebri, in occasione del funerale ad esclusione dei prodotti lapidei;
- c) preparazione del cadavere e confezionamento del feretro;
- d) trasferimento durante il periodo di osservazione e trasporto funebre;
- e) trattamenti di tanatocosmesi;
- f) recupero di cadaveri, su disposizioni dell'autorità giudiziaria, da luoghi pubblici o privati.

2. Lo svolgimento dell'attività funebre è autorizzato dal comune ove ha sede commerciale l'impresa richiedente, sulla base del possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 2, lettera e).

3. È vietata l'intermediazione nell'attività funebre. Il conferimento dell'incarico per il disbrigo delle pratiche amministrative, la vendita delle casse ed articoli funebri e ogni altra attività connessa al funerale si svolge unicamente nella sede autorizzata o, eccezionalmente su richiesta degli interessati, presso altro luogo purché non all'interno di strutture sanitarie e socio assistenziali di ricovero e cura, pubbliche e private, di strutture obitoriali e di cimiteri.

4. L'attività funebre è incompatibile con la gestione del servizio cimiteriale e del servizio obitoriale, è invece compatibile con la gestione della casa funeraria e della sala del commiato.

5. Il comune verifica la persistenza dei requisiti strutturali e gestionali previsti nell'autorizzazione all'esercizio dell'attività funebre.

6. Lo svolgimento dell'attività di trasporto a pagamento non connesso con attività funebre è ammesso solo per il trasporto di feretro chiuso; il trasporto a pagamento è escluso durante il periodo di osservazione di cui all'articolo 10.

7. Per l'esercizio del trasporto di cui al comma 6, è necessaria l'autorizzazione del comune ove ha sede l'impresa commerciale, sulla base dei requisiti stabiliti per gli esercenti l'attività funebre.

CAPO II - Definizioni, adempimenti e trattamenti conseguenti alla morte

Art. 6

Definizioni di cadavere e di resti mortali

1. Per cadavere si intende il corpo umano privo delle funzioni cardiorespiratoria e cerebrale.

2. Per resti mortali si intendono gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi e conservativi risultanti dalla incompleta scheletrizzazione di un cadavere per effetto di mummificazione, saponificazione, corificazione, decorso il periodo di ordinaria inumazione o tumulazione, pari, rispettivamente, a dieci e venti anni.

Art. 7

Accertamento di morte

1. Dopo la dichiarazione o l'avviso di morte, secondo le modalità stabilite dalle norme sull'ordinamento di stato civile, il medico necroscopo procede all'accertamento della morte e redige il certificato necroscopico.

2. La visita del medico necroscopo è effettuata entro trentasei ore e non prima di otto ore dalla constatazione del decesso.

Art. 8

Denuncia della causa di morte

1. La denuncia della causa di morte di cui all'articolo 103 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie" è fatta dal medico curante entro ventiquattro ore dall'accertamento del decesso.

2. Nel caso di decesso senza assistenza medica la denuncia della presunta causa di morte è fatta dal medico necroscopo.

3. I medici incaricati di eseguire autopsie disposte dall'autorità giudiziaria o per riscontro diagnostico hanno l'obbligo di denuncia della causa di morte.

Art. 9

Medico necroscopo

1. Le funzioni di medico necroscopo sono svolte da medici individuati dall'azienda ULSS tra i medici dipendenti o convenzionati con il servizio sanitario regionale, in modo che siano assicurate la tempestività e l'ottimale distribuzione territoriale del servizio.

Art. 10

Periodo di osservazione

1. Il periodo di osservazione è il periodo in cui il cadavere viene mantenuto in condizioni tali da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita e durante il quale viene assicurata adeguata sorveglianza.
2. Il periodo di osservazione decorre dal momento del decesso e scade dopo ventiquattro ore. In caso di decapitazione, maciullamento o putrefazione non è prescritto alcun periodo di osservazione.
3. Il periodo di osservazione termina contestualmente al rilascio del certificato necroscopico in caso di accertamento della morte mediante le procedure previste dalla legge 29 dicembre 1993, n. 578 "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte" e dal decreto del Ministro della salute 11 aprile 2008 "Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte".
4. L'osservazione del cadavere può essere svolta, conformemente alla scelta dei congiunti o degli altri aventi titolo:
 - a) presso il domicilio del defunto, salvo che l'abitazione venga dichiarata inadatta dall'azienda ULSS;
 - b) presso la struttura obitoriale;
 - c) presso la casa funeraria.
5. Durante il periodo di osservazione il cadavere non può essere sottoposto a trattamenti conservativi, a conservazione in cella frigorifera, ad autopsia e chiuso in cassa.
6. La sorveglianza del cadavere può essere assicurata anche attraverso apparecchiature di rilevazione e di segnalazione a distanza.

Art. 11

Trasferimento durante il periodo di osservazione

1. Durante il periodo di osservazione, di cui all'articolo 10, su richiesta dei familiari o altri aventi titolo, il cadavere può essere trasferito al domicilio del defunto, alla struttura obitoriale o alla casa funeraria siti anche in comune diverso.
2. L'impresa funebre che esegue il trasferimento comunica tempestivamente all'ufficiale di stato civile e al medico necroscopo la nuova sede ove il cadavere è stato trasferito per l'osservazione.
3. In caso di trasferimento durante il periodo di osservazione il cadavere è riposto in contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica.

Art. 12

Rinvenimento di cadavere, di resti mortali e di ossa umane

1. Nel caso di rinvenimento di cadavere, di parti di cadavere, di resti mortali o di ossa umane, chi ne fa la scoperta informa immediatamente il comune il quale ne dà subito comunicazione all'autorità giudiziaria, a quella di pubblica sicurezza e all'azienda ULSS.

Art. 13

Tanatoprassi e tanatocosmesi

1. I trattamenti di tanatoprassi e tanatocosmesi possono essere eseguiti su richiesta dei familiari trascorso il periodo di osservazione di cui all'articolo 10 e dopo l'effettuazione della visita necroscopica di cui all'articolo 7.
2. Sono consentiti trattamenti di tanatoprassi e di imbalsamazione nei limiti e secondo modalità stabiliti dalla normativa vigente.

Art. 14

Rilascio di cadaveri a scopo di studio

1. Nel caso in cui la persona deceduta abbia disposto l'utilizzo del proprio cadavere per finalità di studio, ricerca ed insegnamento, i congiunti o conviventi ne danno comunicazione al comune, che rilascia l'autorizzazione al trasporto, previo

assenso e a spese dell'istituto ricevente.

CAPO III

Servizio obitoriale, casa funeraria e sala del commiato

Art. 15

Strutture obitoriali

1. Sono strutture obitoriali:

a) i locali all'interno della struttura sanitaria o socio assistenziale che ricevono le persone decedute all'interno della struttura;

b) i depositi di osservazione e gli obitori comunali, che ricevono le persone decedute nella pubblica via o in luogo pubblico, o decedute in abitazioni, se richiesto dai familiari.

2. I requisiti strutturali delle strutture obitoriali sono definiti dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera b).

3. Presso le strutture obitoriali è assicurato lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a) il mantenimento in osservazione del cadavere;
 - b) il riscontro diagnostico;
 - c) le autopsie giudiziarie;
 - d) il deposito di cadaveri per un tempo indefinito a disposizione dell'autorità giudiziaria o per il riconoscimento di ignoti;
 - e) le iniezioni conservative di cui all'articolo 20;
 - f) i trattamenti di tanatoprassi e tanatocosmesi.
4. Il comune può istituire il deposito di osservazione e l'obitorio unicamente nell'ambito del cimitero o presso gli ospedali o altri istituti sanitari, previa convenzione con gli stessi.
5. L'addetto al servizio obitoriale è incaricato di pubblico servizio.

Art. 16

Casa funeraria

1. La casa funeraria è la struttura gestita da soggetti autorizzati ad esercitare l'attività funebre che provvede, a richiesta dei familiari o altri aventi titolo, allo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a) osservazione del cadavere;
- b) trattamento conservativo;
- c) trattamenti di tanatoprassi e tanatocosmesi;
- d) custodia ed esposizione del cadavere;
- e) attività proprie della sala del commiato.

2. I requisiti strutturali delle case funerarie sono definiti dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera c) e la gestione è subordinata ad autorizzazione del comune.

3. Le case funerarie devono essere ubicate ad una distanza minima di metri cinquanta dalle strutture sanitarie pubbliche e private, dai cimiteri e dai crematori.

4. Le case funerarie non possono essere convenzionate con comuni e strutture sanitarie pubbliche e private per lo svolgimento del servizio obitoriale.

Art. 17

Sala del commiato

1. La sala del commiato è la struttura destinata, a richiesta dei familiari o altri aventi titolo, a ricevere e tenere in custodia per brevi periodi nonché esporre il feretro per la celebrazione di riti di commemorazione e di dignitoso commiato.

2. I requisiti della sala del commiato sono definiti dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera c), la gestione è soggetta a comunicazione al comune nelle forme previste dal regolamento comunale.

3. La sala del commiato, quando non è all'interno della struttura sanitaria o socio assistenziale, deve essere ubicata ad una distanza non inferiore a metri cinquanta dalle strutture sanitarie pubbliche e private.

CAPO IV - Trasporto funebre

Art. 18

Definizione di trasporto funebre

1. Costituisce trasporto funebre ogni trasferimento di cadavere o resti mortali dal luogo del decesso, o di rinvenimento, fino al luogo di sepoltura o di cremazione.

2. Il trasferimento del paziente deceduto in una struttura sanitaria o socio assistenziale, dal reparto ove è avvenuto il decesso alla struttura interna, con funzione di servizio obitoriale, non costituisce trasporto funebre ed è svolto unicamente da personale della struttura.

3. Ogni cadavere, trascorso il periodo di osservazione di cui all'articolo 10, qualunque sia la sua destinazione, è chiuso in cassa individuale; la madre e il neonato, deceduti in concomitanza del parto, possono essere chiusi nella stessa cassa.

Art. 19

Caratteristiche delle casse

1. Le caratteristiche delle casse per quanto attiene alle esigenze di tenuta e di resistenza meccanica, di biodegradabilità e di combustibilità, ai fini del trasporto, dell'inumazione, della tumulazione o della cremazione all'interno del territorio regionale, sono definite dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera d).

Art. 20

Iniezioni conservative

1. Per il trasporto del cadavere da comune a comune, non è obbligatorio il trattamento antiputrefattivo di cui all'articolo 32 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria".

2. Il trattamento di cui al comma 1 è effettuato quando è previsto da trattati internazionali per il trasporto all'estero, ovvero quando prescritto dal medico necroscopo, a seguito di valutazione del caso in relazione alle esigenze di tutela della salute pubblica.

3. Il trattamento antiputrefattivo, quando prescritto ai sensi del comma 2, è effettuato, con personale appositamente formato, dall'impresa funebre che provvede al confezionamento del feretro.

Art. 21

Responsabilità del trasporto di cadavere e di resti mortali

1. Il trasporto funebre è servizio di interesse pubblico ed è svolto dai soggetti autorizzati dal comune ai sensi dell'articolo 23.

2. L'addetto a tale trasporto è incaricato di pubblico servizio.

3. All'atto della chiusura del feretro la verifica dell'identità del defunto e la regolarità del confezionamento del feretro, in relazione al tipo di trasporto, sono effettuati direttamente dall'addetto al trasporto, il quale dichiara l'avvenuta esecuzione di tali adempimenti redigendo apposito verbale.

Art. 22

Trasporto di ossa e di ceneri

1. Il trasporto di ossa e di ceneri non è soggetto alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto di cadavere o di resti mortali.
2. Il trasporto di ossa e ceneri è autorizzato dal comune.
3. Il trasporto di ossa chiuse in cassetta metallica e il trasporto di ceneri in urna cineraria può essere eseguito dai familiari con mezzi propri.

Art. 23

Autorizzazione al trasporto funebre

1. Il trasporto funebre è autorizzato dal comune.
2. L'autorizzazione all'inumazione, alla tumulazione o alla cremazione, rilasciata dall'ufficiale dello stato civile, vale anche come autorizzazione al trasporto.
3. Quando la sepoltura o la cremazione avviene in ambito regionale in un comune diverso da quello che ha rilasciato l'autorizzazione, l'impresa che esegue il trasporto dà avviso al comune di destinazione.

Art. 24

Mezzi di trasporto funebre e relative rimesse

1. Il trasporto funebre è svolto esclusivamente con mezzi a ciò destinati, i cui requisiti sono stabiliti dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera d).
2. Le rimesse in cui sono ricoverati i mezzi funebri sono provviste di attrezzature per la pulizia e per la sanificazione degli stessi.

Art. 25

Prodotti del concepimento

1. L'azienda ULSS rilascia il nulla osta al trasporto, al seppellimento o alla cremazione dei prodotti del concepimento e dei prodotti abortivi non dichiarati come nati morti dall'ufficiale dello stato civile, per i quali i genitori chiedono la sepoltura nel cimitero o la cremazione.
2. Il trasporto di cui al comma 1 può essere effettuato a cura dei familiari con mezzi propri.

CAPO V

Trasporto internazionale

Art. 26

Trasporto funebre tra Stati

1. I trasporti funebri da o per uno degli Stati aderenti all'accordo stipulato in Berlino il 10 febbraio 1937, approvato e reso esecutivo in Italia con regio decreto 1° luglio 1937, n. 1379 "Approvazione dell'accordo internazionale concernente il trasporto delle salme, stipulato in Berlino il 10 febbraio 1937", sono soggetti all'osservanza delle prescrizioni sanitarie previste da detto accordo.

2. I cadaveri devono essere accompagnati dal passaporto mortuario previsto dall'accordo medesimo; tale passaporto è rilasciato, per l'estradizione dal territorio nazionale, dal comune di partenza e per l'introduzione nel territorio nazionale, dall'autorità del luogo da cui il cadavere viene estradato.

3. Per l'introduzione di cadaveri provenienti da uno degli Stati non aderenti all'accordo di cui al comma 1, l'interessato alla traslazione presenta all'autorità consolare italiana apposita domanda corredata dalla documentazione definita dal Ministero della salute. Il comune dove è diretto il cadavere concede l'autorizzazione informando l'autorità consolare.

4. Per l'estradizione, l'autorizzazione è rilasciata dal comune di partenza, previo nulla osta dell'autorità consolare dello Stato verso il quale il cadavere è diretto. Le caratteristiche della cassa, come definite dalle disposizioni nazionali ai fini del trasporto all'estero, sono certificate dall'azienda ULSS.

CAPO VI - Cimiteri e destinazione dei cadaveri e delle ceneri

SEZIONE I - Costruzione, requisiti, servizi dei cimiteri

Art. 27

Costruzione dei cimiteri

1. Ai sensi dell'articolo 337 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie" ogni comune ha l'obbligo di realizzare almeno un cimitero.

2. Il comune, nella pianificazione dei cimiteri, tiene conto del fabbisogno di sepolture per il numero corrispondente ad almeno tre turni di rotazione per le inumazioni e a due turni di rotazione per le tumulazioni.

3. La costruzione, l'ampliamento e la ristrutturazione dei cimiteri è disposta dal comune previo parere dell'azienda ULSS.

Art. 28

Gestione dei cimiteri

1. Il comune, laddove non intenda procedere alla gestione diretta, può affidare la gestione dei cimiteri nei modi previsti per i servizi pubblici locali di rilevanza economica, nel rispetto della normativa statale e comunitaria vigente.

2. La gestione dei cimiteri è incompatibile con l'attività funebre e con l'attività commerciale marmorea e lapidea interna ed esterna al cimitero.

3. Tutti i cimiteri assicurano un servizio di custodia; il responsabile del servizio conserva per ogni cadavere, l'autorizzazione rilasciata dall'ufficiale di stato civile e annota su apposito registro i dati riguardanti ogni cadavere inumato, tumulato e cremato, nonché le relative variazioni.

Art. 29

Area di rispetto

1. L'area di rispetto, definita dall'articolo 338 del regio decreto n. 1265/1934, come modificato dall'articolo 4 della legge 30 marzo 2001, n. 130 "Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri" e dall'articolo 28 della legge 1° agosto 2002, n. 166 "Disposizioni in materia di infrastrutture e trasporti" è individuata considerando:

- a) la necessità di parcheggi e di servizi per i frequentatori;
- b) la necessità di ampliamento in relazione al numero di abitanti;
- c) la presenza di servizi ed impianti tecnologici all'interno del cimitero con le relative distanze di rispetto.

Art. 30

Requisiti minimi

1. In ogni cimitero sono presenti almeno:

- a) un campo di inumazione;
- b) un campo di inumazione speciale;
- c) una camera mortuaria;
- d) un ossario comune;
- e) un cinerario comune.

2. In relazione alle richieste della popolazione e secondo le tradizioni locali, nel cimitero sono realizzati:

- a) loculi per la tumulazione di feretri;
- b) celle per la conservazione di cassette ossario;
- c) celle per la conservazione di urne cinerarie;
- d) uno spazio per la dispersione delle ceneri.

Art. 31

Camera mortuaria

1. La camera mortuaria è il luogo destinato alla sosta dei feretri prima della sepoltura o della cremazione.

Art. 32

Ossario comune

1. L'ossario comune è il luogo destinato alla raccolta delle ossa completamente mineralizzate provenienti dalle esumazioni ed estumulazioni nel caso in cui non siano richieste dai familiari per la collocazione in altra sepoltura.

Art. 33

Cinerario comune

1. Il cinerario comune è destinato alla raccolta delle ceneri nel caso in cui non siano richieste dai familiari per altra collocazione.

SEZIONE II

Inumazioni e tumulazioni cimiteriali

Art. 34

Diritto di sepoltura

1. Nel cimitero devono essere ricevuti:

- a) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone morte nel territorio del comune, qualunque ne fosse in vita la residenza;
- b) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone decedute fuori del comune, ma aventi in esso, in vita, la residenza;
- c) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone già residenti nel comune che hanno stabilito la propria residenza presso strutture socio assistenziali situate fuori comune;
- d) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone non residenti in vita nel comune e morte fuori di esso, ma aventi diritto a sepoltura privata esistente nel cimitero del comune stesso;
- e) i prodotti del concepimento e i prodotti abortivi di cui all'articolo 25.

Art. 35**Identificazione della sepoltura**

1. Ogni feretro è inumato in fossa distinta o tumulato in loculo distinto.
2. Ogni sepoltura, sia in caso di inumazione che in caso di tumulazione, è dotata di un sistema di identificazione resistente agli agenti atmosferici.

Art. 36**Inumazione**

1. L'inumazione è la sepoltura nel terreno, in fossa avente le caratteristiche definite dal regolamento di polizia mortuaria di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), per il tempo necessario a consentire la completa mineralizzazione del cadavere, tempo definito in via ordinaria in dieci anni.
2. I campi di inumazione devono essere ubicati in suolo idoneo per struttura geologica e mineralogica, per proprietà meccaniche e fisiche e per livello della falda idrica.
3. I campi di inumazione in relazione alla loro dimensione sono suddivisi in quadri il cui utilizzo avviene procedendo senza soluzione di continuità, secondo le modalità stabilite dal regolamento comunale.
4. I campi di inumazione speciale sono destinati alla inumazione dei feretri provenienti dalle esumazioni ed estumulazioni ordinarie al fine della completa mineralizzazione dei resti mortali; il periodo di rotazione del terreno dei campi di inumazione speciale può essere abbreviato a cinque anni.

Art. 37**Tumulazione**

1. La tumulazione del feretro è la collocazione dello stesso in loculo avente le caratteristiche definite dal regolamento di polizia mortuaria di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), per esservi conservato per un periodo di almeno venti anni.
2. La tumulazione avviene a richiesta degli interessati, secondo la normativa vigente in materia di concessioni pubbliche.

Art. 38**Sepoltura privata nel cimitero**

1. Il comune può concedere a privati e ad enti l'uso di aree per sepolture individuali, familiari e collettive.
2. Alle sepolture private si applicano le disposizioni generali stabilite per le inumazioni, le tumulazioni, le esumazioni e le estumulazioni nelle altre aree cimiteriali.
3. Non può essere fatta concessione di aree per sepolture private a persone o ad enti con fini di lucro.

SEZIONE III**Esumazioni ed estumulazioni****Art. 39****Esumazioni**

1. Le esumazioni ordinarie si eseguono dopo dieci anni dall'inumazione, sono eseguibili in qualsiasi periodo dell'anno e non richiedono la presenza di operatori sanitari.
2. In relazione alle specifiche caratteristiche geofisiche del terreno di ciascun cimitero o campo di inumazione e previo parere favorevole dell'azienda ULSS, il comune può stabilire un tempo di rotazione minore o maggiore.

3. Le esumazioni straordinarie ovvero quelle eseguite prima dello scadere del turno ordinario, quando non sono disposte dall'autorità giudiziaria, sono autorizzate dal comune che prescrive le misure di volta in volta necessarie, sentita l'azienda ULSS.

4. I resti mortali esumati sono reinumati in modo che possa avvenire il completamento del processo di mineralizzazione del cadavere o cremati.

Art. 40

Estumulazione

1. Le estumulazioni ordinarie si eseguono allo scadere della concessione.

2. I resti mortali estumulati, compresi quelli delle sepolture private, sono inumati in modo che possa avvenire il completamento del processo di mineralizzazione del cadavere o cremati.

3. Le estumulazioni straordinarie ovvero quelle eseguite prima dello scadere della concessione, quando non sono disposte dall'autorità giudiziaria, sono autorizzate dal comune che prescrive le misure di volta in volta necessarie, sentita l'azienda ULSS.

Art. 41

Destinazione delle ossa e dei resti mortali

1. Le ossa derivanti dalla completa mineralizzazione, che si rinvencono in occasione delle esumazioni e delle estumulazioni ordinarie, sono raccolte e depositate nell'ossario comune, a meno che coloro che vi hanno interesse non richiedano di deporle nelle celle di cui all'articolo 30, comma 2, lettera b). In questo caso le ossa sono raccolte in cassetta con gli estremi identificativi del defunto. È altresì ammessa la collocazione all'interno di loculi o tombe assieme a feretri di congiunti.

2. Il comune può disporre la cremazione delle ossa raccolte nell'ossario comune o ad esso destinate, e dei resti mortali provenienti da esumazione o estumulazione ordinaria secondo le modalità previste dall'articolo 3, comma 1, lettera g), della legge n. 130/2001.

SEZIONE IV

Tumulazioni extracimiteriali

Art. 42

Cappella privata fuori del cimitero

1. La costruzione delle cappelle private non aperte al pubblico previste dall'articolo 340, secondo comma, del regio decreto n. 1265/1934, destinate alla sepoltura di cadaveri o di resti mortali fuori del cimitero, ovvero la conversione a tale uso di cappelle esistenti, è autorizzata dal comune.

2. Le cappelle devono essere circondate da una zona di rispetto di proprietà dei soggetti titolari delle cappelle stesse, non inferiore a quella definita per i cimiteri dall'articolo 338 del regio decreto n. 1265/1934, gravata da vincolo di inedificabilità e di inalienabilità.

Art. 43

Tumulazione privilegiata in luoghi diversi

1. La tumulazione privilegiata è la tumulazione del cadavere o dei resti mortali in luoghi al di fuori del cimitero, diversi dalle cappelle private di cui all'articolo 42, per onorare la memoria di chi ha acquisito in vita eccezionali benemeritenze o quando concorrono giustificati motivi di speciali onoranze.

2. L'autorizzazione è rilasciata dal comune sulla base di specifiche disposizioni definite dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera f).

3. La tumulazione privilegiata di cadavere è effettuata decorsi almeno cinque anni dalla morte.

SEZIONE V**Cremazione e destinazione delle ceneri****Art. 44****Cremazione**

1. La cremazione consiste nella pratica funeraria che trasforma il cadavere, tramite un procedimento termico, in ceneri.
2. Ogni feretro è avviato singolarmente alla cremazione.

Art. 45**Crematori**

1. I crematori sono realizzati nell'ambito dell'area cimiteriale e sono gestiti dai comuni, anche in associazione, direttamente o affidati a terzi nei modi previsti per i servizi pubblici locali di rilevanza economica, del rispetto della normativa statale e comunitaria vigente.
2. Le emissioni sono soggette al controllo della provincia che si avvale dell'agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV) ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 "Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)" e successive modificazioni sulla base dei criteri stabiliti in sede nazionale con l'articolo 8 della legge n. 130/2001.

Art. 46**Autorizzazione alla cremazione**

1. L'autorizzazione alla cremazione è rilasciata dall'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari e previa acquisizione del certificato necroscopico, come previsto dall'articolo 3 della legge n. 130/2001.
2. Per la cremazione di resti mortali non è necessaria la certificazione del medico necroscopo di cui al comma 1.

Art. 47**Espressione di volontà**

1. La manifestazione di volontà del defunto relativamente alla cremazione ed alla dispersione delle ceneri avviene con le modalità previste dall'articolo 3 della legge n. 130/2001.

Art. 48**Registro per la cremazione**

1. È istituito presso ogni comune il registro per la cremazione.
2. Nel registro sono annotate le modalità con cui il richiedente ha manifestato la propria volontà di essere cremato.
3. Il richiedente può consegnare al funzionario incaricato l'atto contenente la volontà di essere cremato, redatto secondo le forme prescritte dall'articolo 602 del codice civile; a tale scopo il comune predispone un modello di dichiarazione.
4. In qualsiasi momento il soggetto iscritto può richiedere la cancellazione delle annotazioni di cui al comma 2 oppure il ritiro dell'atto di cui al comma 3.

Art. 49**Consegna e destinazione finale delle ceneri**

1. Le ceneri derivanti dalla cremazione sono raccolte in apposita urna cineraria ermeticamente chiusa con indicazione dei dati anagrafici del defunto e destinate al cinerario comune.

2. A richiesta, l'urna sigillata può essere consegnata agli aventi titolo per la conservazione in cimitero, per la conservazione in ambito privato o per la dispersione.

3. La consegna dell'urna cineraria risulta da apposito verbale che, redatto in triplice originale, indica la destinazione finale dell'urna. Un originale del verbale è consegnato al responsabile del servizio cimiteriale, il secondo originale è trasmesso all'ufficiale dello stato civile che ha rilasciato l'autorizzazione alla cremazione e il terzo è consegnato all'affidatario dell'urna.

4. La conservazione delle urne cinerarie in cimitero può avvenire mediante collocazione nelle celle di cui all'articolo 30, comma 2, lettera c) o mediante interrimento in spazi a ciò destinati. È altresì ammessa la collocazione all'interno di loculi o tombe assieme a feretri di congiunti ivi tumulati.

5. In caso di consegna dell'urna cineraria al coniuge o ad altro familiare avente diritto, all'esecutore testamentario o al rappresentante legale dell'associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri dei propri associati, nel registro di cui all'articolo 48 sono annotati:

a) numero progressivo e data;

b) cognome, nome e dati anagrafici del defunto;

c) modalità di espressione della volontà;

d) eventuale volontà di dispersione delle ceneri con indicazione dei luoghi e delle modalità prescelte;

e) cognome, nome, dati anagrafici e firma dell'esecutore delle volontà del defunto cui viene consegnata l'urna;

f) cognome, nome, timbro e firma dell'addetto alla tenuta del registro;

g) eventuali note aggiuntive previste dalla normativa cimiteriale vigente e dal regolamento di polizia mortuaria di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c).

6. Qualsiasi variazione del luogo e del soggetto presso cui l'urna è conservata è comunicata all'ufficiale dello stato civile che ha rilasciato l'autorizzazione.

Art. 50

Dispersione delle ceneri

1. La dispersione delle ceneri, autorizzata dall'ufficiale dello stato civile ai sensi della legge n. 130/2001, è consentita:

a) in aree a ciò appositamente destinate all'interno dei cimiteri;

b) in natura;

c) in aree private.

2. La dispersione in mare, nei laghi e nei fiumi è consentita nei tratti liberi da natanti e da manufatti.

3. La dispersione delle ceneri è in ogni caso vietata nei centri abitati, come definiti dall'articolo 3, comma 1, numero 8), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 "Nuovo codice della strada".

4. La dispersione in aree private deve avvenire all'aperto, con il consenso dei proprietari, e non può dare luogo ad attività aventi fini di lucro.

5. La dispersione delle ceneri deve in ogni caso essere eseguita in modo controllato, tale da non arrecare alcun danno e disturbo a soggetti terzi eventualmente presenti.

6. Vanno comunque rispettate le norme vigenti in materia di zone a tutela assoluta, zone di rispetto e zone di protezione, con particolare riferimento alle acque ad uso umano.

CAPO VII

Norme comuni

Art. 51**Trattamenti particolari**

1. In caso di morte per malattia infettiva compresa nell'elenco di cui all'articolo 2, comma 2, lettera g), oppure quando il cadavere è portatore di radioattività, l'azienda ULSS detta le prescrizioni ai fini della tutela della salute nelle varie fasi del procedimento.
2. Ai fini di consentire quanto previsto dal comma 1, il medico che accerta tale circostanza dà tempestiva comunicazione all'azienda ULSS e al comune.

Art. 52**Restrizioni allo svolgimento di onoranze funebri**

1. In presenza di grave rischio per la salute pubblica il sindaco, su proposta dell'azienda ULSS, può imporre particolari restrizioni fino a vietare lo svolgimento delle onoranze funebri.

Art. 53**Sanzioni**

1. Le violazioni delle disposizioni di cui ai commi 2, 3, 6 e 7 dell'articolo 5, al comma 2 dell'articolo 16 e agli articoli 10 e 11 comportano l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 3.000,00 a euro 5.000,00.
2. L'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 13 comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 2.000,00.
3. Il mancato possesso dei requisiti strutturali delle case funerarie e delle sale del commiato previste dagli articoli 16 e 17 e la violazione delle disposizioni di cui agli articoli 21 e 50, comportano l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 2.000,00 a euro 5.000,00.
4. Per l'irrogazione delle sanzioni di cui al presente articolo si applicano le disposizioni previste dalla legge regionale 28 gennaio 1977, n. 10 "Disciplina e delega delle funzioni inerenti all'applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale" e successive modifiche ed integrazioni.
5. Il comune vigila sulla correttezza dell'esercizio dell'attività funebre. Nello svolgimento dell'attività funebre o di trasporto funebre chiunque propone direttamente o indirettamente provvigioni, offerte, regali o vantaggi di qualsiasi tenore per ottenere informazioni tese a consentire la realizzazione di uno o più servizi, è punito con una sanzione amministrativa da euro 5.000,00 a euro 9.000,00. In caso di recidiva è altresì sospesa da uno a sei mesi, con effetto immediato, l'autorizzazione comunale all'attività funebre o al trasporto funebre. Nei casi particolarmente gravi l'autorizzazione è revocata.

Art. 54**Regime transitorio**

1. Fino alla pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione del Veneto (BUR) delle disposizioni regionali di cui all'articolo 2, continuano a trovare applicazione le normative vigenti all'entrata in vigore della presente legge.
2. Qualora il gestore del cimitero svolga anche attività funebre è d'obbligo la separazione societaria con proprietà diverse, da attuare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, fatta salva l'eventuale scadenza originaria della gestione antecedente a tale data.
3. I crematori che alla data di entrata in vigore della presente legge risultano realizzati fuori dal cimitero possono essere mantenuti in attività a condizione che il comune dichiari la relativa area come area cimiteriale.
4. Le imprese che esercitano le attività di cui all'articolo 5 devono adeguarsi ai requisiti previsti dalle disposizioni regionali di cui all'articolo 2 entro i termini stabiliti dalle stesse.
5. Entro novanta giorni dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione del Veneto della presente legge, i comuni istituiscono il registro di cui all'articolo 48, adeguando i propri regolamenti alle disposizioni contenute nella presente legge.

6. Per tutto quanto non espressamente previsto o non diversamente disposto dalla presente legge e dai provvedimenti da essa derivanti, continuano ad applicarsi in materia funeraria le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria" e successive modificazioni.

Art. 55

Abrogazione

1. È abrogata la legge regionale 25 settembre 2009, n. 24 "Istituzione del registro comunale per la cremazione".

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 4 marzo 2010

Galan

INDICE

Capo I - Finalità, istituzioni ed operatori

Art. 1 - Finalità

Art. 2 - Compiti della Regione

Art. 3 - Compiti dei comuni

Art. 4 - Compiti delle aziende ULSS

Art. 5 - Attività funebre

Capo II - Definizioni, adempimenti e trattamenti conseguenti alla morte

Art. 6 - Definizioni di cadavere e di resti mortali

Art. 7 - Accertamento di morte

Art. 8 - Denuncia della causa di morte

Art. 9 - Medico necroscopo

Art. 10 - Periodo di osservazione

Art. 11 - Trasferimento durante il periodo di osservazione

Art. 12 - Rinvenimento di cadavere, di resti mortali e di ossa umane

Art. 13 - Tanatoprassi e tanatocosmesi

Art. 14 - Rilascio di cadaveri a scopo di studio

Capo III - Servizio obitoriale, casa funeraria e sala del commiato

Art. 15 - Strutture obitoriali

Art. 16 - Casa funeraria

Art. 17 - Sala del commiato

Capo IV - Trasporto funebre

Art. 18 - Definizione di trasporto funebre

Art. 19 - Caratteristiche delle casse

Art. 20 - Iniezioni conservative

Art. 21 - Responsabilità del trasporto di cadavere e di resti mortali

Art. 22 - Trasporto di ossa e di ceneri

Art. 23 - Autorizzazione al trasporto funebre

Art. 24 - Mezzi di trasporto funebre e relative rimesse

Art. 25 - Prodotti del concepimento

Capo V - Trasporto internazionale

Art. 26 - Trasporto funebre tra Stati

Capo VI - Cimiteri e destinazione dei cadaveri e delle ceneri

Sezione I - Costruzione, requisiti, servizi dei cimiteri

Art. 27 - Costruzione dei cimiteri

Art. 28 - Gestione dei cimiteri

Art. 29 - Area di rispetto

Art. 30 - Requisiti minimi

Art. 31 - Camera mortuaria

Art. 32 - Ossario comune

Art. 33 - Cinerario comune

Sezione II - Inumazioni e tumulazioni cimiteriali

Art. 34 - Diritto di sepoltura
Art. 35 - Identificazione della sepoltura
Art. 36 - Inumazione
Art. 37 - Tumulazione
Art. 38 - Sepoltura privata nel cimitero
Sezione III - Esumazioni ed estumulazioni
Art. 39 - Esumazioni
Art. 40 - Estumulazione
Art. 41 - Destinazione delle ossa e dei resti mortali
Sezione IV - Tumulazioni extracimiteriali
Art. 42 - Cappella privata fuori del cimitero
Art. 43 - Tumulazione privilegiata in luoghi diversi
Sezione V - Cremazione e destinazione delle ceneri
Art. 44 - Cremazione
Art. 45 - Crematori
Art. 46 - Autorizzazione alla cremazione
Art. 47 - Espressione di volontà
Art. 48 - Registro per la cremazione
Art. 49 - Consegna e destinazione finale delle ceneri
Art. 50 - Dispersione delle ceneri
Capo VII - Norme comuni
Art. 51 - Trattamenti particolari
Art. 52 - Restrizioni allo svolgimento di onoranze funebri
Art. 53 - Sanzioni
Art. 54 - Regime transitorio
Art. 55 - Abrogazione

Dati informativi concernenti la legge regionale 4 marzo 2010, n. 18

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 - Procedimento di formazione
- 2 - Relazione al Consiglio regionale
- 3 - Note agli articoli
- 4 - Leggi regionali abrogate
- 5 - Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Flavio Tosi, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 20 febbraio 2007, n. 2/ddl;

- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 27 aprile 2007, dove ha acquisito il n. 234 del registro dei progetti di legge;

- Il progetto di legge è stato assegnato alla 5° commissione consiliare;

- La 5° commissione consiliare ha completato l'esame del progetto di legge in data 23 aprile 2009;

- Il Consiglio regionale, su relazione del consigliere Raffaele Bazzoni, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 9 febbraio 2010, n. 1509.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

l'elaborazione del nuovo testo di legge regionale in materia funeraria e di polizia mortuaria ha richiesto una ricostruzione dell'attuale quadro di riferimento normativo e regolamentare, punto di partenza per poter poi definire il contenuto della nuova legge regionale.

La materia infatti è molto delicata e di notevole impatto sociale, perciò merita una particolare attenzione e uno speciale approfondimento. Molte sono infatti le implicazioni di natura religiosa e culturale, civilistica, sanitaria, professionale e commerciale, e numerosi sono gli intrecci tra le diverse specifiche normative.

Per gli ambiti a competenza legislativa concorrente qual è la tutela della salute, l'articolo 117, comma 6, come modificato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, esclude la titolarità della competenza regolamentare in capo allo stato, in quanto spetta esclusivamente alla regione adottare specifici regolamenti in materia.

Secondo questo principio lo Stato può oggi solo dettare i principi fondamentali della materia funeraria, in quanto la disciplina legislativa di dettaglio e le stesse disposizioni regolamentari sono di competenza regionale.

Emblematico è il caso della recente legge 30 marzo 2001, n. 130 "Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri", con la quale lo Stato, oltre alla modifica dell'articolo 411 del Codice Penale che vietava la dispersione delle ceneri, ha stabilito i principi in base ai quali il Ministero della salute avrebbe dovuto portare le necessarie modifiche al regolamento di polizia mortuaria DPR n. 285/1990, con un nuovo regolamento e che non è stato più adottato perché di competenza regionale.

La cremazione, l'affidamento delle ceneri ai familiari o la loro dispersione sono pratiche funerarie di crescente interesse da parte dei cittadini e la legge n. 130/2001 ha in parte risposto a tali esigenze. Il mancato adeguamento delle norme regolamentari contenute nel DPR n. 285/1990 ha creato una situazione di incongruenza tra norme che rischia di mettere in difficoltà gli uffici comunali.

Da ciò la spinta per l'adozione di una disciplina organica, a tutela innanzitutto degli utenti dei servizi funebri che, consolidando i principi posti dalla legislazione statale, introducesse elementi sia di semplificazione amministrativa che di innovazione secondo le più recenti evidenze scientifiche, in termini di efficacia ed efficienza delle prestazioni pubbliche.

La ricognizione normativa effettuata in via preliminare ha messo in luce un quadro normativo piuttosto complesso che coinvolge svariati aspetti e diverse competenze.

Si è deciso di fare rinvio (esplicito o implicito) alle norme statali per quanto attiene a diverse materie quali:

- demanio pubblico (articolo 824 del Codice Civile) in quanto il cimitero rientra nel regime demaniale;
- Stato Civile (DPR 3 novembre 2000, n. 396) di competenza esclusiva statale ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera i), Cost. (cittadinanza, stato civile e anagrafi);
- accertamento di morte e riscontro diagnostico (legge 29 dicembre 1993, n. 578 e D.M. 22 agosto 1994, n. 582), trapianti (legge n. 91/1999), pur rientrando nel concetto di tutela della salute tali attività spettano esclusivamente alla competenza statale in quanto Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale articolo 117, comma 2 lettera m), Cost.;
- salute e sicurezza dei lavoratori (D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626), materia specifica già compiutamente normata;
- radioprotezione (D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 230) e rifiuti sanitari (DPR 15 luglio 2003, n. 254);
- autonomie locali (D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267) in particolare per quanto riguarda la gestione dei servizi pubblici.

Altre norme statali stabiliscono principi dei quali la legge regionale in materia di polizia mortuaria deve necessariamente tenere conto. In particolare:

- Testo Unico delle Leggi Sanitarie R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, articoli da 337 a 344;
- legge 30 marzo 2001, n. 130 "Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri";

- legge 1° agosto 2002, n. 166 "Disposizioni in materia di infrastrutture e trasporti" (Collegato alla finanziaria 2002) - articolo 28 sulla definizione delle aree di rispetto cimiteriali.

È stata approfondita l'analisi del DPR n. 285/1990 recuperando diversi elementi di principio o di carattere generale da salvaguardare nel testo regionale e si è tenuto in considerazione anche il disegno di legge statale n. 504/2006 (ex 3310/2005) di modifica del TULLSS, in quanto espressione dell'orientamento del dibattito a livello nazionale rispetto all'introduzione di nuovi istituti come la sala del commiato, alla regolamentazione dei trasporti funebri o alla definizione di attività funebre.

La nuova legge regionale, integrando quanto già stabilito dal vigente Testo Unico delle Leggi Sanitarie supera il regolamento di polizia mortuaria DPR del 10 settembre 1990, n. 285 ed è la normativa di riferimento per la Regione Veneto.

La legge prevede l'approvazione da parte della Giunta regionale di specifiche disposizioni tecniche di attuazione: in attesa dell'adozione della delibera di Giunta la norma transitoria stabilisce che continuano ad applicarsi le disposizioni tecniche in vigore.

NOTE AL TESTO

LA STRUTTURA DELLA LEGGE REGIONALE

La legge è organizzata in sette capi così strutturati:

- Capo I: enuncia le finalità, nonché le istituzioni e gli operatori interessati dalla materia disciplinata (Regione, Comune, Azienda Ulss, imprese funebri);
- Capo II: considera gli adempimenti conseguenti alla morte, al periodo di osservazione, agli accertamenti necroscopici;
- Capo III: sono definiti il Servizio obitoriale, le strutture di nuova concezione come la casa funeraria e sala del commiato;
- Capo IV: viene trattato il trasporto funebre nei suoi vari aspetti;
- Capo V: tratta il trasporto funebre internazionale;
- Capo VI: suddiviso in cinque sezioni, tratta dei cimiteri e dei crematori, delle sepolture, della cremazione, della destinazione delle ceneri, compresa la dispersione;
- Capo VII: considera i trattamenti particolari a discrezione dell'ulss, le sanzioni e il regime transitorio.

L'articolato

Capo I

L'articolo 1 indica con chiarezza la finalità della legge: la salute pubblica. La legge non si occupa pertanto di aspetti di diverso ambito come la sicurezza del lavoro o la concorrenza in commercio.

Il secondo comma dello stesso articolo impegna la Regione nella promozione dell'informazione di forme di sepoltura di minor impatto ambientale e della cremazione.

L'articolo 2 definisce i compiti della Regione individuati nell'azione di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo.

Spetta alla Giunta regionale definire con propri provvedimenti i requisiti strutturali, dei cimiteri e dei crematori, delle strutture destinate al servizio obitoriale, delle case funerarie e delle sale del commiato, i requisiti dei mezzi di trasporto funebre, i requisiti strutturali, gestionali e professionali per l'esercizio dell'attività funebre.

La definizione a livello regionale, anziché comunale, di tali requisiti è stata una precisa e forte richiesta da parte delle aziende sanitarie e delle associazioni di categoria le quali, riconoscendo in tali attività una valenza sanitaria tutt'altro che trascurabile, hanno ritenuto che l'omogeneità dei requisiti su scala regionale sia quella ottimale per la maggior tutela della salute pubblica e del singolo utente.

Alla Regione spetta altresì stabilire le caratteristiche e le modalità di realizzazione delle cappelle private e delle tumulazioni privilegiate fuori dai cimiteri.

Un punto particolarmente qualificante dell'azione regionale è la definizione dell'elenco delle malattie infettive che richiedono particolari prescrizioni. Si tratta di distinguere, tra le malattie infettive soggette a denuncia secondo le indicazioni ministeriali, quelle che rappresentano un effettivo rischio per la salute pubblica in caso trasporto del cadavere.

È un deciso passo avanti verso la semplificazione amministrativa in quanto l'elenco definito in sede regionale potrà essere aperto a modifiche in tempi rapidissimi, in relazione alle evidenze epidemiologiche regionali, nazionali e internazionali.

Articolo 3. La legge ha inteso trasferire all'ente locale più vicino al cittadino e quindi al Comune il compito di garantire la realizzazione di cimiteri e crematori, anche in associazione con altri comuni.

Nel rispetto della libertà di scelta e di iniziativa del privato, il Comune assicura che siano realizzati spazi e strutture per lo svolgimento di riti funebri, per il commiato, per la custodia e preparazione delle salme nei feretri; il Comune assicura l'esecuzione dei trasporti funebri delle persone indigenti e dei deceduti in luogo pubblico.

Al Comune è affidato anche il rilascio delle autorizzazioni previste dalla legge, con ciò confermando l'orientamento già assunto dalla Giunta per quanto riguarda le autorizzazioni già previste dal DPR n. 285/1990 (passaporti mortuari).

Con il regolamento comunale di polizia mortuaria vengono definite l'ubicazione e le condizioni di esercizio e utilizzo dei cimiteri, delle strutture obitoriali, delle case funerarie, delle sale del commiato e la disciplina delle attività funebri e del servizio di trasporto funebre.

Infine il Comune esercita le funzioni di vigilanza con proprio personale e avvalendosi dell'ulss per gli aspetti igienico sanitari.

L'articolo 4 definisce i compiti delle Aziende ulss, tra cui il servizio di medicina necroscopica finalizzato all'accertamento della morte, come prescritto dall'articolo 74 del DPR n. 396/2000 sullo Stato Civile, secondo le procedure precisate al capo II.

L'ulss impartisce particolari prescrizioni di natura tecnico-discrezionale nei casi di morte per malattia infettiva o in caso di cadaveri portatori di radioattività.

Articolo 5. La legge fa propria la definizione dell'attività funebre abbozzata dal DDL statale 504 (ex 3310) integrata con le proposte nate dal confronto con le associazioni di categoria in sede regionale.

L'attività funebre è soggetta a specifica autorizzazione comunale sulla base dei requisiti stabiliti dalla Regione.

Una importante specificazione introdotta dalla legge è quella relativa al trasporto funebre non connesso con attività funebre: tale trasporto è autorizzato limitatamente ai feretri chiusi, quindi è escluso durante il periodo di osservazione. È una ipotesi di rilievo minore rispetto all'attività funebre per la quale è richiesta maggior competenza e responsabilità.

La tanatoprassi è stata esclusa dall'attività funebre in quanto va disciplinata da apposita normativa ed è svolta da figura professionale specifica, che sarà definita.

Capo II

Il capo II, sulla disciplina degli adempimenti conseguenti alla morte, inizia con l'articolo 6 che definisce il termine "cadavere"; definizione che non ha finalità mediche, ma che viene adottata per semplificare e uniformare i testi dei vari articoli. Non si è ritenuto di introdurre ulteriori classificazioni, quali "salma" (intesa prima dell'accertamento della morte da parte del necroscopo) ritenendo che i due termini - sinonimi nell'uso corrente - creerebbero confusione piuttosto che chiarezza. Inoltre tale specificazione risulterebbe di scarsa utilità ai fini della semplificazione del testo.

La definizione di resti mortali è invece stata integralmente presa dal DPR n. 254/2003.

L'articolo 7 riguarda l'accertamento della morte che lo Stato Civile chiede al medico necroscopo (articolo 74 DPR n. 396/2000) per poter autorizzare il seppellimento o la cremazione. Non viene considerata la dichiarazione di morte, resa dai familiari allo Stato Civile, in quanto l'istituto è già disciplinato dalla normativa specifica.

La legge regionale, recependo le indicazioni del mondo scientifico, ha ritenuto di fissare il termine massimo di 36 ore e quello minimo di 8 ore per l'accertamento di morte. Viene infatti osservato che trascorse otto ore dalla morte il medico necroscopo può rinvenire i segni inequivocabili della realtà della morte. Nei casi dubbi il medico può comunque ricorrere all'accertamento mediante ECG per 20 minuti, come stabilito dalla legge n. 578/1993 e DM 582/1994.

Il termine massimo è stato invece aumentato a 36 ore (erano 30 ore nel DPR n. 285/1990) perché in tal modo vengono resi meno stringenti i tempi per gli adempimenti da parte dei medici Ulss, con la possibilità che sia ridotto il ricorso alla reperibilità

per il servizio necroscopico.

Infine il DPR n. 396/2000, articolo 72, che regolamenta la dichiarazione di morte allo Stato Civile, non lascia minimamente intendere che vi sia necessità di supportare la dichiarazione dei familiari con un attestato medico: l'unico adempimento medico richiesto e necessario è l'accertamento della morte da parte del medico necroscopo.

L'articolo 8 tratta della denuncia della causa di morte. L'obbligo della denuncia della causa di morte è in capo a ciascun medico ai sensi dell'articolo 103 del TULLSS che recita:

"103. Gli esercenti la professione di medico-chirurgo, oltre a quanto prescritto da altre disposizioni di legge, sono obbligati:

a) a denunciare al podestà le cause di morte

Come a suo tempo precisato dalla circolare ministeriale n. 24/1993 (in applicazione del DPR 285/1990) "l'assistenza medica" va intesa come conoscenza da parte del medico curante del decorso della malattia, indipendentemente dal fatto che il medico abbia o meno presenziato al decesso.

Quando la morte avviene senza assistenza medica, ovvero quando non vi è il medico curante o lo stesso non è a conoscenza del decorso della malattia, la denuncia della causa di morte viene fatta dal medico necroscopo, al quale viene riconosciuta esplicitamente la facoltà di disporre il riscontro diagnostico, secondo le procedure definite dalla Regione o dall'ulss. Quest'ultima riserva risponde alla necessità di assicurare che il ricorso al riscontro diagnostico sia compatibile con le risorse organizzative ed economiche del servizio sanitario e non diventi una costosa scorciatoia rispetto agli accertamenti di tipo anamnestico-clinico.

Il medico necroscopo è una figura già prevista dal Regio Decreto 9 luglio 1939, n. 1238 e confermata dalla nuova normativa sullo Stato Civile DPR n. 396/2000 all'articolo 74. Si tratta di sanitario che deve esprimere la valutazione conclusiva sulla certezza della morte e, in modo residuale, sulla causa della stessa.

La normativa sullo Stato Civile tuttavia non entra nel merito dei requisiti che tale figura medica deve possedere, né sul tipo di rapporto con l'organizzazione sanitaria.

L'articolo 9 della legge ha recepito le proposte del Coordinamento Interregionale Prevenzione, prevedendo la possibilità che la funzione del necroscopo sia affidata a diverse figure mediche e non esclusivamente ai medici dei dipartimenti di prevenzione. La responsabilità dell'incarico è lasciata all'Azienda ulss, con l'unica condizione che i medici incaricati siano dipendenti o convenzionati con l'ulss stessa. Va da sé che l'individuazione deve essere compiuta con atti formali che precisino i singoli incarichi.

L'articolo 10 tratta del periodo di osservazione del cadavere, cioè del tempo che intercorre tra la morte e l'accertamento del medico necroscopo, finalizzato al rilevamento di eventuali segni di vita.

La legge 29 dicembre 1993, n. 578 e il DM 22 agosto 1994, n. 582 sull'accertamento della morte, precisano che il periodo di osservazione può essere ridotto o addirittura annullato quando l'accertamento del necroscopo avvenga con Elettrocardiogramma (ECG) protratto per venti minuti consecutivi, senza che vi sia attività elettrica autonoma. Ciò fa sì che il termine del periodo di osservazione di fatto coincida con l'accertamento necroscopico.

Una rilevante novità introdotta dalla legge è che l'osservazione può essere svolta indifferentemente presso l'abitazione, presso la struttura obitoriale o presso la casa funeraria. Il cadavere, con le necessarie precauzioni finalizzate a non impedire l'eventuale ripresa della vita, può essere trasportato da un luogo di osservazione all'altro senza particolari limitazioni, salvo i casi di malattia infettiva o portatori di radioattività. In passato infatti il cadavere poteva essere spostato dall'abitazione all'obitorio solo quando l'ulss dichiarava l'abitazione inadatta.

Con la nuova disciplina dell'articolo 11 viene riconosciuta la professionalità e la responsabilità dell'impresa funebre che può trasferire il cadavere con l'unica incombenza di comunicarlo all'ufficiale di stato civile e all'ulss. L'autorizzazione all'attività funebre implica infatti il possesso di specifici requisiti gestionali e professionali.

Una ulteriore novità introdotta dall'articolo 10 è la possibilità di assicurare la sorveglianza anche mediante apparecchiature di rilevazione e segnalazione a distanza e questa è una notevole apertura allo sviluppo tecnologico, per il miglior servizio al cittadino.

L'articolo 12 e l'articolo 13 riguardano rispettivamente gli adempimenti in caso di rinvenimento di cadavere o resti mortali e i trattamenti di tanatoprassi e tanatocosmesi; trattamenti che devono essere eseguiti fuori del periodo di osservazione e dopo la visita del medico necroscopo.

L'articolo 14 prevede la possibilità di utilizzo del proprio cadavere per finalità di studio, di ricerca ed insegnamento, previo assenso e a spese dell'istituto ricevente, fattispecie già prevista dagli articoli 40, 41 e 42 del DPR n. 285/1990 ereditati dal RD n. 1592/33.

Capo III

Il capo III tratta delle strutture obitoriali, delle case funerarie e della sala del commiato.

In primo luogo l'articolo 15 elenca le funzioni che vengono assicurate dalle strutture obitoriali, funzioni pubbliche che possono essere svolte dal comune direttamente o tramite i privati. Per questo motivo l'addetto al servizio obitoriale è indicato come incaricato di pubblico servizio.

Lo stesso articolo individua le strutture obitoriali e precisamente:

- a) il servizio mortuario della struttura sanitaria o socio assistenziale;
- b) i depositi di osservazione e gli obitori comunali, che ricevono le persone decedute nella pubblica via o in luogo pubblico, o decedute in abitazioni, se richiesto dai familiari.

I requisiti del servizio mortuario delle strutture sanitarie e socio assistenziali sono definiti dalla legge regionale n. 22/2002, mentre l'obitorio comunale deve rispondere ai requisiti definiti con disposizioni regionali di attuazione della presente legge (articolo 2 comma 2 lettera a)). L'ubicazione, l'organizzazione e le modalità di accesso a tali strutture sono invece disciplinate dal regolamento comunale (articolo 3 comma 2, lettera c)).

La legge prevede la possibilità che il servizio mortuario dell'ospedale possa ricevere anche i cadaveri di persone decedute all'esterno della struttura sanitaria. È una importante apertura a favore dei comuni, che non trova ostacoli dal punto di vista sanitario, mentre può corrispondere a una effettiva ottimizzazione delle risorse presenti sul territorio.

La casa funeraria introdotta all'articolo 16 è un'altra novità della legge che in questo modo apre al privato (imprenditore e utente) la possibilità di fornire e utilizzare strutture private in un regime di libera concorrenza. Nella casa funeraria possono essere svolte alcune funzioni obitoriali compresa l'osservazione del cadavere (diversamente dalla sala del commiato ove ciò non è possibile) perciò è prevista la necessità di autorizzazione comunale. I requisiti strutturali e gestionali specifici saranno definiti dalla Regione (articolo 2, comma 2, lettera b)).

La distanza minima di 50 metri dalle strutture sanitarie pubbliche e private, dai cimiteri e dai crematori non corrisponde evidentemente ad un'esigenza sanitaria, ma piuttosto ad una esigenza di trasparenza del "mercato"; essa è stata richiesta anche dalle stesse associazioni, tenuto conto che la casa funeraria è una struttura alternativa alla struttura obitoriale.

L'articolo 17 recepisce una novità introdotta dall'articolo 3 della legge n. 130/2001: la sala del commiato.

Viene qui definita come la struttura destinata a ricevere, a richiesta dei privati, e a tenere in custodia per brevi periodi e ad esporre il feretro per la celebrazione di riti di commemorazione e per il commiato. Si tratta di attività prive di rilevanti implicazioni sanitarie.

Per l'attivazione della sala del commiato è stato previsto il possesso di requisiti stabiliti da disposizioni regionali e una semplice comunicazione al Comune.

La sala del commiato non è servizio pubblico e, come prevede il DDL statale, può essere gestito sia dall'ente pubblico che dal privato.

Capo IV

Il capo IV disciplina il trasporto funebre considerando tale ogni trasferimento di cadavere o resti mortali dal luogo di decesso o rinvenimento al luogo di sepoltura o cremazione.

Rientra in tale concetto, definito all'articolo 18, anche il trasporto a seguito di esumazione o estumulazione per trasferimento ad altra destinazione.

Viene stabilito anche il principio che ciascun cadavere deve essere chiuso in feretro individuale per essere avviato a sepoltura o cremazione singolarmente (successivi articoli 35 e 44). La possibilità di chiudere nella stessa cassa la madre e il bambino deceduti in concomitanza del parto è un'eccezione già prevista dal DPR n. 285/1990 che è stata mantenuta.

L'articolo 19 rinvia a disposizioni regionali la definizione delle caratteristiche delle casse in riferimento alle diverse problematiche legate al trasporto e allo smaltimento dei feretri.

L'articolo 20 risolve in via definitiva un problema dibattuto da tempo, relativo alle iniezioni conservative previste dall'articolo 32 del DPR n. 285/1990. Come evidenziato dal gruppo di studio interregionale sulle cosiddette "pratiche obsolete", la persistenza del rischio infettivo dopo la chiusura del feretro o a seguito di manipolazione del feretro a distanza di tempo dalla sepoltura non è supportata da dati scientifici, pertanto la pratica delle iniezioni conservative non è giustificata.

Al contrario la sostanza chimica impiegata (formalina) è cancerogena e mutagena, provoca inquinamento ambientale e comporta un allungamento dei processi di mineralizzazione.

La legge lascia comunque aperta la possibilità dei trattamenti conservativi quando previsti da trattati internazionali o quando prescritti dall'ulss in relazione a situazioni di effettivo rischio per la salute pubblica.

L'articolo 21 definisce il trasporto funebre come servizio pubblico svolto da soggetti autorizzati, di conseguenza all'addetto al trasporto funebre è riconosciuta la qualifica di "incaricato di pubblico servizio".

Anche in conformità con le indicazioni del Coordinamento Interregionale Prevenzione, già citato in precedenza, l'addetto al trasporto, proprio nella sua veste di incaricato di pubblico servizio, viene indicato come responsabile delle verifiche preliminari al trasporto (identità del cadavere, regolarità del confezionamento del feretro).

In questo modo viene del tutto e definitivamente svincolato il personale sanitario delle ulss da attività che non richiedono discrezionalità tecnico-professionale, ma possono essere più utilmente svolte dal personale, opportunamente formato, delle imprese funebri autorizzate.

La definizione del trasporto funebre come "servizio di interesse pubblico" non implica il "diritto di privativa" a favore del comune, stabilito dal Regio Decreto 15 ottobre 1925, n. 2578 (testo unico delle leggi per l'assunzione diretta dei pubblici servizi da parte degli enti locali) e dal DPR n. 285/1990.

Su tale punto si sono espresse diverse Autorità e per diversi aspetti, concordando tutte sul fatto che le norme sopra citate sono superate e non è più consentita la privativa da parte del Comune in materia di trasporti funebri. Questi pertanto possono essere svolti anche dal privato, nel rispetto di determinati requisiti. Tra le altre decisioni delle Autorità si citano:

- Autorità Garante della concorrenza, parere AS147 del 2 luglio 1998;
- Consiglio di Stato, Sez. V, decisione n. 7899 del 9 dicembre 2004;
- Corte di Cassazione, Sez. I, sentenza n. 11726 del 5 maggio 2005.

L'articolo 22 esclude il trasporto di ossa e ceneri dal concetto di trasporto funebre e di servizio pubblico. Tali trasporti non sono soggetti alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto di cadavere, in quanto non vi è alcuna rilevanza sanitaria.

Come forte segno di semplificazione amministrativa e in risposta ai bisogni dei cittadini è inoltre previsto che il trasporto di ossa chiuse in cassetta metallica e di ceneri chiuse in urna cineraria possa essere eseguito, con mezzi propri, direttamente dai familiari interessati.

Pertanto l'articolo 23 stabilisce che in caso di trasporto fuori comune, in ambito regionale, è sufficiente che l'impresa che esegue il trasporto dia comunicazione al Comune di destinazione, per l'esercizio della vigilanza.

Anche nel caso di trasporto di feretro o resti mortali derivanti da esumazione o estumulazione e destinati ad altra sepoltura o alla cremazione vi è a monte una specifica autorizzazione per tale operazione, perciò anche questi casi rientrano nella previsione dell'articolo 22 ed è sufficiente la comunicazione al Comune.

L'articolo 24 ribadisce che i requisiti dei mezzi di trasporto funebre sono stabiliti dalla Regione, come già enunciato all'articolo 2 (compiti della Regione) con l'ulteriore precisazione che le rimesse devono disporre di mezzi per la pulizia e la sanificazione.

La definizione a livello regionale dei requisiti dei mezzi è stata sollecitata dagli stessi operatori del settore ed è motivata dal fatto che i mezzi si spostano da un comune all'altro. Per quanto riguarda invece le rimesse queste, essendo ubicate nel territorio del singolo comune, possono essere regolate da ciascun regolamento comunale.

Per il trasporto di prodotti di concepimento l'articolo 25 conferma la previsione del DPR n. 285/1990.

Capo V

Il Capo V riguarda il trasporto internazionale di cadavere. Nel caso di Stato aderente alla Convenzione internazionale di Berlino del 10 febbraio 1937 l'articolo 26 rinvia alle prescrizioni previste dalla stessa Convenzione. La competenza amministrativa non è più del prefetto, ma del Sindaco in quanto il DPCM 26 maggio 2000, tabella a lettera c), in attuazione dell'articolo 114 del D.Lgs. n. 112/1998 ha conferito alle Regioni le funzioni amministrative relative ai passaporti mortuari e alle autorizzazioni previste dal DPR n. 285/1990. La Regione con DGR ha già trasferito ai comuni queste funzioni amministrative. La legge conferma tale scelta.

Nel caso di Stato non aderente alla convenzione di Berlino la competenza amministrativa è ugualmente del Sindaco; la normativa di riferimento è quella nazionale.

Capo VI

Il Capo VI sui cimiteri e sulla destinazione dei cadaveri e ceneri recupera molti contenuti del DPR n. 285/1990, che sono introdotti nella legge regionale per dare maggior organicità al nuovo provvedimento legislativo.

Nella Sezione I, vengono definiti alcuni principi per la costruzione e la gestione dei cimiteri, in attuazione di quanto stabilito dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

Gli articoli 27 e 28 prevedono che la realizzazione e la gestione dei cimiteri avvenga secondo le norme del TU degli Enti locali sulla gestione dei servizi pubblici.

I successivi articoli 29, 30, 31, 32 e 33 forniscono solo alcune indicazioni minime circa i requisiti dei cimiteri, in quanto i requisiti specifici e la regolamentazione è affidata al regolamento comunale (articolo 3).

La Sezione II tratta del diritto di sepoltura, dell'identificazione del cadavere, dell'inumazione, delle tumulazioni e delle sepolture private all'interno del cimitero. Sostanzialmente riprende alcune parti del DPR n. 285/1990, introducendo alcune novità.

In particolare l'articolo 34 introduce tra gli aventi diritto di sepoltura in un determinato comune anche le persone (tipicamente anziani) che, per ragioni burocratiche, hanno dovuto forzatamente trasferire la residenza ad altro comune, presso case di riposo o altre strutture di assistenza.

All'articolo 36 viene definita la pratica e lo scopo dell'inumazione e il relativo periodo di tempo ordinario. Viene inoltre definito lo scopo dei campi di inumazione speciale che è quello di accogliere i resti mortali provenienti dalle estumulazioni ed eventualmente dalle inumazioni, al fine del completamento della mineralizzazione. La maggior parte dei cadaveri tumulati allo scadere della concessione risultano infatti non completamente mineralizzati e si rende necessario un periodo di inumazione, più breve della rotazione normale.

La Sezione III tratta delle esumazioni e delle estumulazioni introducendo un elemento di semplificazione, infatti non viene previsto l'obbligo di presenza dell'Ulss alle operazioni di esumazione ed estumulazione.

Solo nel caso di esumazione straordinaria è prevista una comunicazione all'ulss e la possibilità di chiedere alla stessa un parere igienico sanitario. Questa scelta, sollecitata da più parti, è supportata dal fatto che non vi è evidenza scientifica di rischi per la salute pubblica legati a queste operazioni: il rischio specifico per i lavoratori va invece inquadrato nella responsabilità del datore di lavoro, secondo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 626/1994.

È prevista anche con la cremazione dei resti mortali, nelle forme previste dalla legge n. 130/2001 come stabilito al secondo comma dell'articolo 41.

La Sezione IV considera le tumulazioni al di fuori del cimitero. Vi sono due tipologie:

- la cappella privata, non aperta al pubblico, destinata specificatamente a sepolture;
- la cosiddetta tumulazione privilegiata.

Nel caso di cappella privata (articolo 42) le caratteristiche sono determinate dalla Regione (articolo 2), l'autorizzazione è invece lasciata alla competenza comunale senza ulteriori pareri sanitari.

Per queste cappelle viene confermata la zona di rispetto non inferiore a quella prevista per i cimiteri ed è prevista l'inalienabilità dell'area.

Il caso dell'articolo 43 è invece relativo alla tumulazione di persone particolarmente meritevoli di speciali onoranze, in luoghi originariamente non destinati a sepoltura e quindi da valutare caso per caso e autorizzati con atto specifico. In questi casi non si stabilisce un diritto di sepoltura, ma l'autorizzazione resta legata alla singola persona.

La norma statale di riferimento è l'articolo 341 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie. La competenza per le autorizzazioni una volta era del Ministero, attualmente è della Regione e la legge trasferisce la competenza al Comune.

Quanto ai criteri per la concessione di tumulazioni privilegiate la presente legge rinvia a disposizioni regionali che peraltro già sono state definite con DGR n. 1533/2002 eventualmente da aggiornare.

La Sezione V è tutta dedicata alla cremazione, pratica funeraria un tempo poco seguita che ora trova sempre maggiori adesioni da parte della popolazione ed è perciò oggetto di crescente attenzione da parte delle amministrazioni comunali.

Il TULLSS (articolo 343) prevede la possibilità di realizzazione dei crematori solo all'interno dei cimiteri e tale scelta è confermata dal DPR n. 285/1990 articolo 78.

La legge regionale all'articolo 45 conferma questa prescrizione di principio stabilendo che i crematori sono realizzati "nell'ambito dell'area cimiteriale". La norma transitoria di cui all'articolo 54, consente quindi che i crematori esistenti fuori dei cimiteri siano mantenuti in attività a condizione che il comune dichiari la relativa area come "area cimiteriale".

Gli articoli 46, 47, 48 e 49 disciplinano rispettivamente l'autorizzazione alla cremazione affidata all'ufficiale di Stato Civile, la modalità di consegna delle ceneri per la successiva destinazione al cimitero (cinerario comune, tumulazione, interrimento), l'affidamento ai familiari per conservazione in luogo privato o per la dispersione.

In particolare, gli articoli 47, 48 e 49 sono il risultato dell'inserimento in questa legge del testo coordinato dei PDL 156 e 157 "Istituzione del registro comunale per la cremazione", approvato dalla Prima commissione consiliare in data 10 marzo 2009. Vi è prevista l'istituzione presso ogni Comune del registro per la cremazione, sul quale annotare la manifestazione di volontà del defunto relativamente alla cremazione e alla dispersione delle ceneri, sulla base dei principi stabiliti dall'articolo 3 della legge n. 130/2001.

L'articolo 50 disciplina la dispersione in natura confermando i criteri previsti dalla legge n. 130/2001, in quanto ritenuti già sufficientemente dettagliati per garantire il corretto esercizio di questa pratica funeraria. Come prescrizione aggiuntiva è stata introdotto l'obbligo di eseguire la dispersione con mezzi e modalità che consentano il pieno controllo della dispersione stessa, al fine di assicurare che le ceneri non siano causa di danno o disturbo a terzi, pubblici o privati.

Capo VII

Tra le norme comuni previste al Capo VII, gli articoli 51 e 52 richiamano la facoltà dell'ulss di prescrivere particolari cautele in caso di morti per determinate malattie infettive o di portatori di radioattività e, in casi particolarmente gravi, di proporre al Sindaco il divieto di svolgere le onoranze funebri.

L'articolo 53 definisce le ipotesi di sanzioni amministrative.

La legge persegue l'obiettivo della maggior semplificazione possibile e del massimo riconoscimento della responsabilità professionale di tutti i soggetti coinvolti, pubblici e privati. Tale impostazione deve essere bilanciata da un sistema sanzionatorio essenziale e certo.

Infine l'articolo 54 contempla il regime transitorio e il rinvio alle disposizioni tecniche contenute nelle delibere di giunta regionale già adottate, nel regolamento di Polizia Mortuaria DPR n. 285/1990 e alle disposizioni contenute nelle circolari ministeriali, in attesa della disciplina tecnica regionale.

La Quinta Commissione consiliare ha ultimato l'esame del progetto di legge nella seduta n. 132 del 23 aprile 2009, approvandolo, con modifiche, all'unanimità (Forza Italia - Popolo della Libertà, Lega Veneta Lega Nord Padania, A.N. - Popolo della Libertà, U.D.C., Veneto PPE, L'Ulivo - Partito Democratico Veneto, P.R.C.) in ordine alla sua approvazione da parte del Consiglio regionale.

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 8

- Il testo dell'art. 103 del regio decreto n. 1265/1934 è il seguente:

"103. Gli esercenti la professione di medico-chirurgo, oltre a quanto è prescritto da altre disposizioni di legge, sono obbligati:

- a) a denunciare al podestà le cause di morte entro ventiquattro ore dall'accertamento del decesso;
 - b) a denunciare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni dall'accertamento, ogni caso di aborto, per il quale essi abbiano prestato la loro opera, o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione.
- La denuncia, il cui contenuto deve rimanere segreto, è fatta secondo le norme indicati dal regolamento e non esime il sanitario dall'obbligo del referto ai sensi dell'art. 365 del codice penale e dell'art. 4 del codice di procedura penale;
- c) a denunciare al podestà e all'ufficiale sanitario, entro due giorni dal parto al quale abbiano prestato assistenza, la nascita di ogni infante deforme;
 - d) a denunciare alle autorità predette, entro due giorni dall'accertamento, i casi di lesione da essi osservati, da cui sia derivata o possa derivare una inabilità al lavoro, anche parziale, di carattere permanente;
 - e) ad informare il medico provinciale e l'ufficiale sanitario dei fatti che possono interessare la sanità pubblica;
 - f) a denunciare al medico provinciale, entro due giorni dall'inizio, ogni trattamento terapeutico che cagioni o che possa cagionare la sterilità nella donna, anche se temporanea.

La denuncia, il cui contenuto deve rimanere segreto, è fatta su apposito modulo secondo le norme indicate nel regolamento.

Il contravventore è punito con la sanzione amministrativa da lire 20.000 a 200.000.

L'autorità giudiziaria comunica al prefetto, per estratto, la sentenza passata in giudicato."

Nota all'articolo 20

- Il testo dell'art. 32 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285/1990 è il seguente:

"32. 1. Per il trasporto di cui all'art. 30, nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, le salme devono essere sottoposte a trattamento antiputrefattivo mediante l'introduzione nelle cavità corporee di almeno 500 cc di formalina F.U. dopo che sia trascorso l'eventuale periodo di osservazione.

2. Negli altri mesi dell'anno tale prescrizione si applica solo per le salme che devono essere trasportate in località che, con il mezzo di trasporto prescelto, si raggiungono dopo 24 ore di tempo, oppure quando il trasporto venga eseguito trascorse 48 ore dal decesso.

3. Le prescrizioni del presente articolo non si applicano ai cadaveri sottoposti a trattamenti di imbalsamazione."

Nota all'articolo 27

- Il testo dell'art. 337 del regio decreto n. 1265/1934 è il seguente:

"337. Ogni comune deve avere almeno un cimitero a sistema di inumazione, secondo le norme stabilite nel regolamento di polizia mortuaria.

Il cimitero è posto sotto la sorveglianza dell'autorità sanitaria, che la esercita a mezzo dell'ufficiale sanitario.

I piccoli comuni possono costruire cimiteri consorziali."

Nota all'articolo 29

- Il testo dell'art. 338 del regio decreto n. 1265/1934 è il seguente:

"338. I cimiteri devono essere collocati alla distanza di almeno 200 metri dal centro abitato. È vietato costruire intorno ai cimiteri nuovi edifici entro il raggio di 200 metri dal perimetro dell'impianto cimiteriale, quale risultante dagli strumenti urbanistici vigenti nel comune o, in difetto di essi, comunque quale esistente in fatto, salve le deroghe ed eccezioni previste dalla legge.

Le disposizioni di cui al comma precedente non si applicano ai cimiteri militari di guerra quando siano trascorsi 10 anni dal seppellimento dell'ultima salma.

Il contravventore è punito con la sanzione amministrativa fino a lire 200.000 e deve inoltre, a sue spese, demolire l'edificio o la parte di nuova costruzione, salvi i provvedimenti di ufficio in caso di inadempienza.

Il consiglio comunale può approvare, previo parere favorevole della competente azienda sanitaria locale, la costruzione di nuovi cimiteri o l'ampliamento di quelli già esistenti ad una distanza inferiore a 200 metri dal centro abitato, purché non oltre il limite di 50 metri, quando ricorrano, anche alternativamente, le seguenti condizioni:

a) risulti accertato dal medesimo consiglio comunale che, per particolari condizioni locali, non sia possibile provvedere altrimenti;

b) l'impianto cimiteriale sia separato dal centro urbano da strade pubbliche almeno di livello comunale, sulla base della classificazione prevista ai sensi della legislazione vigente, o da fiumi, laghi o dislivelli naturali rilevanti, ovvero da ponti o da impianti ferroviari.

Per dare esecuzione ad un'opera pubblica o all'attuazione di un intervento urbanistico, purché non vi ostino ragioni igienico-sanitarie, il consiglio comunale può consentire, previo parere favorevole della competente azienda sanitaria locale, la riduzione della zona di rispetto tenendo conto degli elementi ambientali di pregio dell'area, autorizzando l'ampliamento di edifici preesistenti o la costruzione di nuovi edifici. La riduzione di cui al periodo precedente si applica con identica procedura anche per la realizzazione di parchi, giardini e annessi, parcheggi pubblici e privati, attrezzature sportive, locali tecnici e serre.

Al fine dell'acquisizione del parere della competente azienda sanitaria locale, previsto dal presente articolo, decorsi inutilmente due mesi dalla richiesta, il parere si ritiene espresso favorevolmente.

All'interno della zona di rispetto per gli edifici esistenti sono consentiti interventi di recupero ovvero interventi funzionali all'utilizzo dell'edificio stesso, tra cui l'ampliamento nella percentuale massima del 10 per cento e i cambi di destinazione d'uso, oltre a quelli previsti dalle lettere a), b), c) e d) del primo comma dell'articolo 31 della legge 5 agosto 1978, n. 457.

- Il testo dell'art. 4 della legge n. 130/2001 è il seguente:

"4. Modifica all'articolo 338 del testo unico approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

1. Al primo comma dell'articolo 338 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, dopo le parole: «almeno duecento metri dai centri abitati» sono inserite le seguenti: «, tranne il caso dei cimiteri di urne».

Nota all'articolo 41

- Il testo dell'art. 3 della legge n. 130/2001 è il seguente:

"3. Modifiche al regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285.

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della sanità, sentiti il Ministro dell'interno e il Ministro della giustizia, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, si provvede alla modifica del regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, sulla base dei seguenti principi:

a) l'autorizzazione alla cremazione spetta all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, che la rilascia acquisito un certificato in carta libera del medico necroscopo dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato ovvero, in caso di morte improvvisa o sospetta segnalata all'autorità giudiziaria, il nulla osta della stessa autorità giudiziaria, recante specifica indicazione che il cadavere può essere cremato;

b) l'autorizzazione alla cremazione è concessa nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari attraverso una delle seguenti modalità:

1) la disposizione testamentaria del defunto, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione fatta in data successiva a quella della disposizione testamentaria stessa;

2) l'iscrizione, certificata dal rappresentante legale, ad associazioni riconosciute che abbiano tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto fatta in data successiva a quella dell'iscrizione all'associazione. L'iscrizione alle associazioni di cui al presente numero vale anche contro il parere dei familiari;

3) in mancanza della disposizione testamentaria, o di qualsiasi altra espressione di volontà da parte del defunto, la volontà del coniuge o, in difetto, del parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del codice civile e, in caso di concorrenza di più parenti dello stesso grado, della maggioranza assoluta di essi, manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso o di residenza. Nel caso in cui la volontà sia stata manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, questi inoltra immediatamente il relativo processo verbale all'ufficiale dello stato civile del comune di ultima residenza del defunto;

4) la volontà manifestata dai legali rappresentanti per i minori e per le persone interdette;

c) la dispersione delle ceneri è consentita, nel rispetto della volontà del defunto, unicamente in aree a ciò appositamente destinate all'interno dei cimiteri o in natura o in aree private; la dispersione in aree private deve avvenire all'aperto e con il consenso dei proprietari, e non può comunque dare luogo ad attività aventi fini di lucro; la dispersione delle ceneri è in ogni caso vietata nei centri abitati, come definiti dall'articolo 3, comma 1, numero 8), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 (Nuovo codice della strada); la dispersione in mare, nei laghi e nei fiumi è consentita nei tratti liberi da natanti e da manufatti;

d) la dispersione delle ceneri è eseguita dal coniuge o da altro familiare avente diritto, dall'esecutore testamentario o dal rappresentante legale dell'associazione di cui alla lettera b), numero 2), cui il defunto risultava iscritto o, in mancanza, dal personale autorizzato dal comune;

e) fermo restando l'obbligo di sigillare l'urna, le modalità di conservazione delle ceneri devono consentire l'identificazione dei dati anagrafici del defunto e sono disciplinate prevedendo, nel rispetto della volontà espressa dal defunto, alternativamente, la tumulazione, l'interramento o l'affidamento ai familiari;

f) il trasporto delle urne contenenti le ceneri non è soggetto alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto delle salme, salvo diversa indicazione dell'autorità sanitaria;

g) l'ufficiale dello stato civile, previo assenso dei soggetti di cui alla lettera b), numero 3), o, in caso di loro irreperibilità, dopo trenta giorni dalla pubblicazione nell'albo pretorio del comune di uno specifico avviso, autorizza la cremazione delle salme inumate da almeno dieci anni e delle salme tumulate da almeno venti anni;

h) obbligo per il medico necroscopo di raccogliere dal cadavere, e conservare per un periodo minimo di dieci anni, campioni di liquidi biologici ed annessi cutanei, a prescindere dalla pratica funeraria prescelta, per eventuali indagini per causa di giustizia;

i) predisposizione di sale attigue ai crematori per consentire il rispetto dei riti di commemorazione del defunto e un dignitoso commiato."

Nota all'articolo 42

- Per il testo dell'art. 338 del regio decreto n. 1265/1934 vedi nota all'articolo 29.

Nota all'articolo 45

- Il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 32/1996 è il seguente:

"Art. 6 - Rapporti fra Regione, Province, Comuni, Comunità montane, Unità locali socio sanitarie, altri enti pubblici e ARPAV.

1. La Regione, le province, i comuni e le comunità montane per lo svolgimento delle attività tecnico-scientifiche necessarie per l'esercizio delle funzioni di controllo ambientale di rispettiva competenza si avvalgono dell'ARPAV, la quale è tenuta a garantire loro il necessario supporto tecnico-scientifico e analitico, secondo modalità stabilite da apposite convenzioni e/o accordi di programma.

2. Alla Regione, alle province, ai comuni, alle comunità montane ed alle unità locali socio sanitarie non è consentito mantenere o attivare propri laboratori o apparecchiature destinati al controllo ambientale.

3. I dipartimenti di prevenzione delle unità locali socio sanitarie per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 4 non già espletate da strutture ospedaliere o dall'Istituto zooprofilattico delle Venezie, si avvalgono delle strutture laboratoristiche

ovvero del supporto tecnico-scientifico dell'ARPAV, secondo modalità stabilite da apposite convenzioni e/o accordi di programma.

4. Omissis

5. Il regolamento ed i piani pluriennali di attività definiscono i servizi che l'ARPAV è tenuta ad assicurare agli enti di cui ai commi 1, 3 e 4.

6. L'ARPAV può stipulare ulteriori convenzioni o accordi con la Regione, le province, i comuni, le comunità montane ed i dipartimenti di prevenzione delle unità locali socio sanitarie, per la prestazione di servizi ed attività aggiuntivi, alla condizione che sia garantita la fornitura di quanto già previsto nelle convenzioni e negli accordi di programma di cui ai commi 1, 3 e 4.

7. Il regolamento e i piani pluriennali di attività stabiliscono i criteri per la prestazione da parte dell'ARPAV di servizi tecnico-scientifici e analitici ad altri enti e soggetti pubblici, sulla base di apposite convenzioni.

8. Le convenzioni e gli accordi di programma di cui al presente articolo individuano, tra l'altro, gli standard qualitativi e quantitativi, i tempi ed i costi delle prestazioni erogate dall'ARPAV, nonché le modalità di pronto intervento nei casi di emergenza ambientale.

9. L'ARPAV può fornire prestazioni a favore di soggetti privati, limitatamente a servizi analitici, tecnico-scientifici ed informativi, con esclusione di qualsiasi attività di consulenza e progettazione, secondo le modalità stabilite dal regolamento di cui all'articolo 15, subordinatamente all'espletamento dei compiti di istituto e purché tale attività non risulti incompatibile con l'esigenza di imparzialità nell'esercizio delle attività tecniche di controllo ad essa affidate; le prestazioni sono remunerate secondo apposito tariffario approvato dalla Giunta regionale su proposta del direttore generale per importi che, in ogni caso, non possono eccedere quelli mediamente applicati, per corrispondenti prestazioni analitiche o tecnico-scientifiche, dalle strutture private; per le analisi chimiche dell'acqua ai fini del rilascio di abitabilità e per le zone non servite dal pubblico acquedotto, fatte salve le riduzioni già previste nel tariffario regionale, sui relativi importi è applicato una ulteriore riduzione del 30 per cento.".

Nota all'articolo 46

- Per il testo dell'art. 3 della legge n. 130/2001 vedi nota all'articolo 41.

Nota all'articolo 47

- Per il testo dell'art. 3 della legge n. 130/2001 vedi nota all'articolo 41.

Nota all'articolo 50

- Il testo dell'art. 3, comma 1, numero 8), del decreto legislativo n. 285/1992 è il seguente:

"3. Definizioni stradali e di traffico.

1. Ai fini delle presenti norme le denominazioni stradali e di traffico hanno i seguenti significati:

8) Centro abitato: insieme di edifici, delimitato lungo le vie di accesso dagli appositi segnali di inizio e fine. Per insieme di edifici si intende un raggruppamento continuo, ancorché intervallato da strade, piazze, giardini o simili, costituito da non meno di venticinque fabbricati e da aree di uso pubblico con accessi veicolari o pedonali sulla strada.".

4. Leggi regionali abrogate

L'art. 55 abroga la legge regionale 25 settembre 2009, n. 24.

5. Struttura di riferimento

Direzione prevenzione

Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11

[Testo multivigente](#) [Iter dell'Atto](#) [Fascicolo virtuale](#) [Istruttoria](#) [Verbal](#) [Regolamenti attuativi](#) [Controllo di attuazione](#) [Senso @lternato](#) [Contenziosi](#) [Multimedia](#)

Date di vigenza

30/04/2015	entrata in vigore	mostra documento vigente dal 30/04/2015
14/04/2016	modifica	mostra documento vigente dal 14/04/2016
20/08/2016	modifica	mostra documento vigente dal 20/08/2016
30/07/2016	modifica	mostra documento vigente dal 30/07/2016
31/12/2016	modifica	mostra documento vigente dal 31/12/2016
30/11/2017	modifica	mostra documento vigente dal 30/11/2017
30/12/2017	modifica	mostra documento vigente dal 30/12/2017
22/11/2018	modifica	mostra documento vigente dal 22/11/2018
01/01/2019	modifica	mostra documento vigente dal 01/01/2019
12/01/2019	modifica	mostra documento vigente dal 12/01/2019
06/08/2019	modifica	mostra documento vigente dal 06/08/2019
20/03/2020	modifica	mostra documento vigente dal 20/03/2020
25/03/2021	modifica	mostra documento vigente dal 25/03/2021

Documento vigente dal 25/03/2021

Regione Umbria
Legge regionale 9 aprile 2015 , n. 11
Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali.

Pubblicazione: Bollettino Ufficiale n. 21, S.o.n. 1 del 15/04/2015

L'Assemblea legislativa ha approvato. La Presidente della giunta regionale promulga la seguente legge:

Capo I
Oggetto e finalità

Art. 1
(Oggetto)

1. Il presente testo unico, ai sensi dell' [articolo 40 dello Statuto regionale](#) e in attuazione della [legge regionale 16 settembre 2011, n. 8](#) (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali), riunisce le disposizioni di legge regionali in materia di Sanità e Servizi sociali.

Art. 2
(Finalità)

1. Il presente testo unico persegue, in particolare, le seguenti finalità:

- a) la tutela della salute quale diritto fondamentale della persona e della comunità;
- b) la salvaguardia dei livelli uniformi ed essenziali di tutela della salute;

- c) la realizzazione della piena eguaglianza degli assistiti nel godimento delle prestazioni che realizzano il diritto alla salute;
- d) la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli assistiti;
- e) l'esercizio della funzione sociale, la programmazione, l'organizzazione e la gestione delle attività e dei servizi sociali;
- f) la creazione di una rete di opportunità e di garanzie orientate allo sviluppo umano e al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie, all'esercizio della cittadinanza attiva;
- g) la presa in carico unitaria delle problematiche delle persone e delle famiglie;
- h) la realizzazione dell'universalità degli interventi diretti alla generalità della popolazione e dell'omogeneità nel territorio dei livelli di assistenza sociale.

PARTE I**SANITA'****TITOLO I****NORME SUL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE****Capo I***Disposizioni generali***Art. 3***(Ordinamento del servizio sanitario regionale)*

1. L'ordinamento del Servizio sanitario regionale è costituito dal complesso di funzioni, attività e strutture che, in coerenza con quanto previsto dall' [articolo 32 della Costituzione](#) e con i principi contenuti nel [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](#)), nel rispetto delle disposizioni di cui al [decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517](#) (Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed università a norma dell' [articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419](#)) ed in attuazione dell' [articolo 13 dello Statuto regionale](#) , è volto a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e della comunità.

2. Costituiscono obiettivi del Servizio sanitario regionale la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione, al fine di assicurare ai cittadini i livelli uniformi ed essenziali di tutela della salute e assistenza sanitaria indicati dalla programmazione nazionale, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria indicati dalla programmazione regionale anche in rapporto alle risorse messe a disposizione.

3. Nell'organizzazione e nel funzionamento, il Servizio sanitario regionale si informa al principio della centralità della persona, della comunità e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità. A tal fine privilegia:

a) i modelli organizzativi che, favorendo la costituzione e lo sviluppo di reti interstrutturali e interaziendali anche con altre istituzioni, contribuiscono allo sviluppo dei livelli di salute mediante il coordinamento e l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;

b) l'adozione di percorsi assistenziali integrati come metodologia di lavoro corrente per la gestione delle patologie prevalenti, a garanzia della continuità della presa in carico del bisogno di cura individuale, dalla fase di acuzie e sub-acuzie a quella riabilitativa e di gestione della cronicità.

4. Il Servizio sanitario regionale opera al fine di garantire agli assistiti la piena eguaglianza nel godimento delle prestazioni che realizzano il diritto alla salute.

5. Il Servizio sanitario regionale appartiene alla comunità e le strutture che ne fanno parte operano garantendo forme di partecipazione degli utenti e delle loro organizzazioni, in particolare, nelle fasi di programmazione e valutazione dei servizi.

TITOLO II**SOGGETTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE****Capo I***Competenze della Regione e dei Comuni***Art. 4***(Assetto istituzionale)*

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale la Regione e i comuni.
2. I compiti di gestione dei servizi sanitari sono esercitati dalle aziende sanitarie regionali distinte in aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere e aziende ospedaliero-universitarie.

3. Alla determinazione ed al perseguimento delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono l'Università degli Studi di Perugia e l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche di cui alla [legge regionale 20 novembre 2013, n. 28](#) (Ratifica dell'accordo tra la Regione Umbria e la Regione Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche), nonché gli enti sanitari e assistenziali pubblici e organismi privati accreditati operanti nel territorio regionale.

Art. 5

(Competenze della Regione)

1. Spettano alla Regione le funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, monitoraggio e controllo, verifica e valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché le altre funzioni ad essa demandate dalla normativa statale.

2. La Giunta regionale, con propri atti, definisce modalità e criteri per regolare la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.

3. La Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza della gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e di prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, adotta direttive vincolanti per le aziende sanitarie regionali, informandone contestualmente l'Assemblea Legislativa.

4. La Giunta regionale, anche attraverso il sistema integrato in rete delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, fornisce alle aziende sanitarie regionali supporti tecnico-scientifici sotto forma di linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale finalizzate anche al perseguimento della appropriatezza.

5. La Giunta regionale svolge attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie regionali, anche in relazione al controllo di gestione, ai controlli interni ed alla valutazione di qualità, quantità e costi delle prestazioni sanitarie.

6. La Giunta regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante l'osservatorio epidemiologico regionale di cui all' [articolo 101](#) .

7. La Giunta regionale verifica annualmente lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle aziende sanitarie regionali di cui all' [articolo 14](#) anche in base alla relazione di cui all' [articolo 29](#) trasmessa dai direttori generali.

8. La Giunta regionale, a completamento di ogni ciclo di programmazione sanitaria regionale, predispone la relazione di cui all' [articolo 16, comma 1](#) , finalizzata alla valutazione del Servizio sanitario regionale.

9. L'Assemblea Legislativa approva il Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) .

Art. 6

(Competenze del Comune)

1. Il Comune partecipa alla realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario regionale concorrendo alla programmazione sanitaria regionale.

2. Il Comune in particolare tutela i cittadini nel loro diritto alla promozione ed alla difesa della salute e svolge le funzioni relative alla tutela dell'ambiente di vita avvalendosi dei servizi dei dipartimenti di prevenzione di cui all' [articolo 42](#) e dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente di cui alla [legge regionale 6 marzo 1998, n. 9](#) [Norme sulla istituzione e disciplina dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.)].

3. Il Comune può, altresì, presentare alle unità sanitarie locali osservazioni e proposte per la salvaguardia dei diritti e della dignità dei propri cittadini, nonché per il miglioramento delle condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie e contribuisce al perseguimento di obiettivi di integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari.

4. Il Comune, previa verifica di compatibilità con la programmazione regionale da parte della Giunta regionale, può concordare con l'azienda unità sanitaria locale particolari forme di assistenza sanitaria che integrino i livelli stabiliti dalla Regione, purché i relativi costi siano sostenuti interamente dal comune stesso.

Art. 7

(Poteri del sindaco)

1. Il sindaco, nell'esercizio delle funzioni che gli competono quale autorità sanitaria locale si avvale dei servizi dell'azienda unità sanitaria locale di riferimento facendone preventivamente richiesta al Direttore generale dell'azienda medesima.

2. Qualora sussistono motivate ragioni di urgenza il sindaco si avvale dei servizi di cui sopra rivolgendosi direttamente ai responsabili dei servizi medesimi, informandone contemporaneamente il Direttore generale dell'azienda territorialmente competente.

Art. 8

(Conferenza dei sindaci)

1. In ciascuna delle aziende unità sanitarie locali di cui all' [art. 18](#) è costituita la Conferenza dei sindaci, organo di rappresentanza dei Comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza.

2. La Conferenza dei sindaci svolge le sue funzioni tramite il Consiglio di rappresentanza composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Nel Consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due Comuni con maggior numero di abitanti.

3. La Conferenza dei sindaci approva, entro sessanta giorni dall'insediamento, il regolamento per il proprio funzionamento recante anche la disciplina per la nomina del presidente e del Consiglio di rappresentanza di cui al [comma 2](#) . Il regolamento stabilisce i criteri di rappresentanza in relazione alla rispettiva consistenza demografica.

4. La Conferenza dei sindaci, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle unità sanitarie locali nonché a definire la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

5. La Conferenza dei sindaci garantisce la concertazione e la cooperazione tra le aziende unità sanitarie locali e gli enti locali, anche attraverso la partecipazione dei cittadini, in forma singola o associati, ai processi di formazione degli atti regionali di programmazione in materia di assistenza sanitaria e alla verifica dell'efficacia ed efficienza degli interventi realizzati.

6. La Conferenza dei sindaci esercita le seguenti funzioni:

a) formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica del Piano attuativo di cui all' [articolo 14](#) e delle attività delle unità sanitarie locali;

b) esprime , con le modalità ed i termini previsti dall' [articolo 16 della legge 7 agosto 1990, n. 241](#) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ^[13] parere sul piano attuativo della unità sanitaria locale dell' [articolo 14](#) ;

c) esprime, [...] ^[14] con le modalità ed i termini previsti dall' [articolo 16 della l. 241/1990](#) ^[15] , parere sui progetti relativi al bilancio pluriennale e i relativi aggiornamenti e al bilancio preventivo economico dell'unità sanitaria locale di riferimento ai sensi dell' [articolo 65](#) ;

d) esercita l'intesa prevista all' [articolo 38, comma 7](#) , sulla definizione dell'articolazione del territorio afferente all'azienda unità sanitaria locale, in distretti sanitari;

e) verifica l'andamento generale dell'attività dell'azienda unità sanitaria locale ed esprime il parere alla Giunta regionale, sull'efficacia, efficienza e funzionalità dei servizi sanitari e socio-sanitari al fine della valutazione annuale dei direttori generali da parte della stessa Giunta;

f) esprime parere sul progetto di Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) ;

g) esprime alla Giunta regionale parere sulla proposta in ordine alla localizzazione della sede legale dell'unità sanitaria locale;

h) esercita l'intesa con il Direttore generale della unità sanitaria locale per la nomina del coordinatore dei servizi sociali di cui all' [articolo 36](#) ;

[i)] ^[16]

Art. 9

(Funzioni del Consiglio delle autonomie locali nell'ordinamento sanitario regionale)

1. Le competenze e le funzioni della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale, di seguito Conferenza permanente, già istituita con [legge regionale 27 marzo 2000, n. 29](#) (Prime disposizioni di recepimento del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#) , concernente: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell' [art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419](#) ", d'integrazione e modificazione del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)) sono attribuite al Consiglio delle autonomie locali (CAL) di cui alla [legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20](#) (Disciplina del Consiglio delle Autonomie Locali).

2. La composizione del CAL è integrata, qualora non presenti tra i componenti del Consiglio medesimo, dai Presidenti delle Conferenze dei sindaci delle aziende unità sanitarie locali regionali.

3. Il CAL, come eventualmente integrato ai sensi del [comma 2](#) , esprime pareri nei confronti della Giunta regionale:

a) sul progetto di Piano sanitario regionale, di cui all' [articolo 12](#) , sui disegni di legge e sulle proposte di regolamento in materia sanitaria;

b) sugli schemi di atti relativi all'integrazione socio-sanitaria;

c) sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi di cui all' [articolo 14](#) .

4. Sono attribuite al CAL, limitatamente alle aziende ospedaliere e alle aziende ospedaliere universitarie le funzioni di cui all' [articolo 8, comma 6](#) , lettere a), b), c) ed e). [...] ^[17]

Capo II

Competenze dell'Università

Art. 10

(Università)

1. Il rapporto tra le università e la Regione è regolato, in particolare, da protocolli di intesa ai sensi della normativa vigente.

2. La Giunta regionale stipula protocolli d'intesa con l'Università degli Studi di Perugia per la partecipazione della stessa al processo di programmazione sanitaria e, in particolare, per la regolamentazione dell'apporto universitario delle attività di didattica e ricerca alle attività assistenziali del Servizio sanitario regionale nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali.

3. I protocolli d'intesa vincolano l'atto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie ed i conseguenti accordi attuativi aziendali, definendo, nel rispetto del [decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517](#) (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell' [articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419](#)), in particolare:

a) per le attività assistenziali, i criteri per la costituzione delle strutture organizzative;

b) in relazione alle attività didattiche, i criteri per definire gli apporti reciproci rispetto ai fabbisogni formativi del Servizio sanitario regionale, per l'individuazione delle scuole e dei corsi di formazione nonché per la ripartizione degli oneri;

c) le tipologie di ricerche da assegnare ai dipartimenti assistenziali integrati ed i criteri di ripartizione dei relativi oneri e di utilizzo dei risultati conseguiti;

d) i livelli di compartecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione.

4. Per la predisposizione dei protocolli di intesa tra Regione e Università degli Studi di Perugia è costituita, su designazione degli enti stessi, un'apposita commissione paritetica con funzione di supporto tecnico. La commissione è disciplinata e nominata dalla Giunta regionale con proprio atto. I componenti della stessa non percepiscono alcun compenso.

TITOLO III

PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Capo I

Pianificazione e programmazione

Art. 11

(Livelli e strumenti di pianificazione e programmazione)

1. La pianificazione e la programmazione sanitaria della Regione assicurano, in coerenza con i principi di cui al [d.lgs. 502/1992](#) , lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. Sono strumenti della pianificazione sanitaria a livello regionale:

a) il Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) ed i relativi strumenti di attuazione;

b) il Piano regionale della prevenzione.

3. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale il documento regionale annuale di programmazione di cui all' [articolo 14 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13](#) (Disposizioni sulla partecipazione della Regione Umbria alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione Europea - Disciplina dell'attività internazionale della Regione) e le disposizioni collegate alla manovra di bilancio regionale.

4. Sono strumenti della pianificazione sanitaria a livello locale i piani attuativi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di cui all' [articolo 14](#) .

5. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello locale:

a) i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali;

b) il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall' [articolo 3-quater, comma 3 del d.lgs. 502/1992](#) e dall' [articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001](#) , di cui all' [articolo 15](#) .

6. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione socio-sanitaria regionale:

a) la relazione sanitaria regionale di cui all' [articolo 16](#) ;

b) la relazione sanitaria aziendale di cui all' [articolo 29](#) .

Capo II

Piano sanitario regionale, piano attuativo e programma delle attività territoriali

Art. 12

(Piano sanitario regionale)

1. Il Piano sanitario regionale, elaborato in coerenza con il Piano sanitario nazionale, è lo strumento con il quale la Regione definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione attraverso idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima.

2. Il Piano sanitario regionale, di durata triennale, definisce i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio regionale e contiene le disposizioni generali per la formazione dei piani attuativi di cui all' [art. 14](#) .

3. Il Piano sanitario regionale assicura il raccordo con il Piano sociale regionale di cui all' [articolo 270](#) , nonché l'integrazione con il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di cui all' [articolo 326](#) .

4. Il Piano sanitario regionale prevede metodologie e strumentazioni atte a consentire il monitoraggio e la verifica d'attuazione dei programmi e dei progetti ivi contenuti.

5. Il piano, nel rispetto dei contenuti e degli indirizzi del piano sanitario nazionale e della programmazione economica, contiene in particolare:

a) le modalità per il conseguimento degli obiettivi da realizzare nel triennio con riferimento a quelli previsti all' [art. 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#) (Istituzione del servizio sanitario nazionale);

b) la previsione dei fondi predisposti per l'attuazione del piano e gli indirizzi per la loro ripartizione;

c) gli indirizzi per realizzare nel territorio regionale l'equilibrata e coordinata organizzazione dei servizi;

d) le indicazioni per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale;

e) le procedure e le modalità per le verifiche periodiche sullo stato di attuazione del piano.

6. Il piano individua le forme ed i modi di partecipazione delle associazioni di volontariato alla realizzazione degli obiettivi previsti.

Art. 13

(Procedimento di approvazione del piano sanitario regionale)

1. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è adottato dalla Giunta regionale ai fini dell'acquisizione dei pareri di cui ai commi 2 e 3 e degli adempimenti di concertazione sociale e istituzionale di cui al [comma 4](#) .

2. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è inviato, per l'acquisizione dei relativi pareri, al CAL di cui all' [articolo 9](#) , alle Conferenze dei sindaci di cui all' [articolo 8](#) e all'Università degli Studi di Perugia. Qualora tali pareri non vengano resi entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta, gli stessi si intendono espressi in senso favorevole.

3. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale, corredato del parere espresso dall'Università degli Studi di Perugia ovvero dell'attestazione della mancata espressione del parere nei termini indicati, viene trasmesso al Ministero della Salute per acquisire il parere relativo alla coerenza dello stesso con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell' [articolo 1, comma 14 del d.lgs. 502/1992](#) .

4. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è sottoposto dalla Giunta regionale all'esame del tavolo di concertazione e partenariato istituzionale e sociale di cui all' [articolo 5 della l.r. 13/2000](#) .

5. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dal ricevimento dell'ultimo dei pareri di cui al presente articolo, adotta la proposta di Piano sanitario regionale da trasmettere all'Assemblea Legislativa corredata dei pareri stessi, unitamente alla documentazione acquisita in sede di concertazione.

6. L'Assemblea Legislativa approva il Piano sanitario regionale. L'aggiornamento del Piano sanitario regionale, avviene, di norma, con il Documento annuale di programmazione regionale e con le disposizioni collegate alla manovra di bilancio regionale.

7. Fino all'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale vigono le disposizioni del Piano precedente.

Art. 14

(Piano attuativo)

1. Il Piano attuativo è lo strumento di pianificazione mediante il quale le aziende sanitarie regionali regolano le proprie attività, in attuazione delle linee di indirizzo della programmazione regionale.

2. Il Piano attuativo definisce, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli uniformi ed essenziali di assistenza, la programmazione delle attività da svolgere e individua le modalità operative ed organizzative per il perseguimento degli obiettivi stessi.

3. Il Direttore generale di cui all' [articolo 25](#) elabora il progetto di Piano attuativo con il supporto del Collegio di direzione di cui all' [articolo 32](#) , sulla base delle disposizioni della programmazione regionale sanitaria e, limitatamente alle aziende unità sanitarie locali, anche sulla base della programmazione regionale socio-sanitaria.

4. Il progetto di Piano attuativo di cui al [comma 3](#) tiene conto anche delle proposte delle Conferenze dei sindaci di cui all' [articolo 8](#) , del CAL di cui all' [articolo 9](#) , nonché dei soggetti di cui all' [articolo 96, comma 2](#) .

5. Il progetto di Piano attuativo viene trasmesso al Consiglio dei sanitari di cui all' [articolo 35](#) per l'acquisizione del relativo parere.

6. Il progetto di Piano attuativo viene adottato dal Direttore generale di cui all' [articolo 25](#) e trasmesso alla Conferenza dei sindaci di cui all' [articolo 8](#) per le aziende unità sanitarie locali e al CAL di cui all' [articolo 9](#) per le aziende ospedaliere, al fine dell'acquisizione dei relativi pareri.

7. Il Direttore generale rielabora il Piano attuativo, sulla base dei pareri acquisiti, e lo trasmette alla Giunta regionale, unitamente agli stessi. La Giunta regionale, ai sensi dell' [articolo 83](#) , entro quaranta giorni verifica la conformità del Piano attuativo alla programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria. In caso di mancata conformità, la Giunta regionale rinvia la proposta di Piano attuativo al Direttore generale il quale è tenuto a predisporre una nuova proposta che tenga conto dei rilievi espressi.

8. Il Piano attuativo è efficace con l'approvazione della Giunta regionale.

9. Il Piano attuativo ha la durata del Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) ed è aggiornato annualmente.

10. Gli aggiornamenti del Piano attuativo si realizzano attraverso i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, mediante i progetti operativi e, limitatamente alle aziende unità sanitarie locali, mediante il programma delle attività territoriali di cui all' [articolo 15](#) . Nell'ambito di tali programmi sono definiti gli standard quantitativi e qualitativi, gli indicatori di verifica di cui all' [articolo 17, comma 5](#) e le risorse necessarie che tengono conto delle metodiche di budget.

Art. 15

(Programma delle attività territoriali)

1. Il Programma delle Attività Territoriali, di seguito denominato PAT, i cui contenuti sono fissati all'articolo 3-quater, commi 2 e 3 del [d.lgs. 502/1992](#) , è lo strumento programmatico del distretto in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

2. Il PAT è basato sulla intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e contiene:

a) la localizzazione dei servizi e delle strutture afferenti al distretto;

b) la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni.

3. Il PAT si inserisce nel sistema programmatico socio-sanitario e si coordina con quanto previsto dal Piano sociale di Zona di cui all' [art. 272](#) relativamente agli interventi sociali. Costituisce parte integrante del PAT il Programma operativo del Piano regionale integrato per la non autosufficienza di cui all' [articolo 326](#) .

4. Il PAT, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto di cui all' [articolo 40](#) , è proposto dal Direttore del distretto di cui all' [articolo 39](#) , e approvato dal Direttore generale di cui all' [articolo 25](#) d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale e locale.

5. Il PAT è aggiornato con cadenza annuale sulla base del processo di valutazione di cui all' [articolo 17, comma 6](#) in raccordo con il budget di distretto.

Art. 16

(Relazioni sanitarie)

1. Per il miglioramento della qualità del Servizio sanitario regionale, e al fine di definire le strategie dei successivi Piani sanitari regionali, la Giunta regionale predispone, al completamento di ogni ciclo di pianificazione sanitaria regionale, la relazione sanitaria sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal Piano sanitario regionale, sulla base di un apposito sistema di indicatori individuati dalla Giunta stessa.

2. La relazione di cui al [comma 1](#) è trasmessa alla Conferenza dei sindaci per il parere di cui all' [articolo 8, comma 6, lettera e\)](#) per le aziende unità sanitarie locali e al CAL per le aziende ospedaliere ai sensi dell' [articolo 9, comma 4](#) .

3. La relazione di cui al [comma 1](#) , unitamente ai pareri di cui al [comma 2](#) , è trasmessa all'Assemblea Legislativa.

4. La Giunta regionale trasmette annualmente al Ministero della Salute, ai sensi dell' [articolo 1, comma 4 del d.lgs. 502/1992](#) , una relazione sullo stato di attuazione della programmazione regionale, sui risultati di gestione raggiunti in merito agli obiettivi di salute e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

TITOLO IV**ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE****Capo I***Istituzione e compiti delle Aziende sanitarie regionali***Art. 17***(Principi generali per la gestione dei servizi sanitari da parte delle aziende sanitarie regionali)*

1. Le aziende sanitarie regionali pianificano le attività ed i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri.
2. Le aziende sanitarie regionali devono garantire il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo attraverso l'integrazione degli operatori, con l'obiettivo di dare una risposta appropriata sia in termini di qualità che di compatibilità con le risorse disponibili.
3. La Giunta regionale definisce, con proprio atto, un sistema di indicatori per verificare gli standard organizzativi, l'appropriatezza, la qualità ed i risultati conseguiti dal percorso assistenziale.
4. La Giunta regionale con regolamento disciplina l'organizzazione e il funzionamento del nucleo tecnico per il controllo di gestione ed il controllo di qualità al fine di monitorare la spesa e valutare i servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Le aziende sanitarie regionali definiscono gli standard di responsabilità sociale, intesi come gli impegni che l'azienda sanitaria stessa intende garantire nella propria organizzazione dei servizi e delle attività, in relazione agli aspetti organizzativi, strutturali e comportamentali con l'obiettivo dell'umanizzazione delle cure e del perseguimento dei valori sottesi.
6. Le aziende sanitarie regionali sviluppano un processo di valutazione circa la conformità dell'insieme delle proprie strutture ed attività agli standard di responsabilità sociale definiti al [comma 5](#). In tale processo valutativo deve essere garantita la partecipazione attiva degli operatori e dei responsabili aziendali unitamente a quella degli utenti e delle loro associazioni di rappresentanza. Al termine del processo di valutazione l'azienda definisce un piano di miglioramento aziendale rispetto alle criticità rilevate che va assunto quale elemento strategico della propria pianificazione generale.

Art. 18*(Istituzione delle aziende unità sanitarie locali)*

1. In ciascuno degli ambiti territoriali individuati nella tabella Allegato A), che forma parte integrante e sostanziale del presente testo unico, è confermata l'istituzione di una unità sanitaria locale, già istituita ai sensi dell' [articolo 6 della l.r. 18/2012](#).
2. La sede legale delle aziende unità sanitarie locali è stabilita dalla Giunta regionale con proprio atto, acquisito il parere della competente Conferenza dei sindaci di cui all' [articolo 8](#), entro trenta giorni dal ricevimento, da parte della Conferenza stessa, della proposta della Giunta regionale. In caso di inerzia provvede comunque la Giunta regionale.
3. Le unità sanitarie locali di cui al [comma 1](#) sono costituite in aziende dotate di personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed imprenditoriale.
4. L'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all' [articolo 22](#).

Art. 19*(Organizzazione delle Aziende unità sanitarie locali)*

1. Le aziende unità sanitarie locali, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e l'attività di competenza attenendosi ai seguenti criteri:
 - a) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, al fine della efficienza operativa;
 - b) articolazione dei servizi idonea a garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) sulla base dei livelli essenziali di assistenza, attraverso la definizione di percorsi assistenziali integrati;
 - c) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni del presente Testo unico e della programmazione regionale;
 - d) istituzione, in attuazione della [legge 10 agosto 2000, n. 251](#) (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), del Servizio infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo, ostetrico e della prevenzione (SITRO) come struttura di staff della direzione aziendale dotato di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato anche su base dipartimentale per la promozione, l'attuazione e lo sviluppo di modelli di organizzazione ed innovazione dei processi assistenziali;

e) decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti e le strutture al fine di favorire la più ampia partecipazione e l'apporto delle professionalità del Servizio sanitario regionale ai processi organizzativi e operativi;

f) coordinamento tra attività sanitarie ed attività sociali;

g) coordinamento tra servizi ospedalieri e servizi territoriali distrettuali, sia domiciliari che semiresidenziali e riabilitativi;

h) garanzia della presa in carico del cittadino-utente al momento dell'accesso ai servizi con procedure semplificate;

i) pieno coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nella programmazione del percorso assistenziale e nella sua attivazione e monitoraggio.

2. Ciascuna unità sanitaria locale esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all' [articolo 22](#) .

Capo II

Aziende ospedaliere ed aziende ospedaliere universitarie

Art. 20

(Aziende ospedaliere)

1. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.

2. Sono aziende ospedaliere del Servizio sanitario regionale di rilievo nazionale di alta specialità: l'Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia e l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni.

3. Le aziende ospedaliere, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e l'attività di competenza, attenendosi ai seguenti criteri:

a) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, al fine dell'efficienza operativa;

b) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni della presente legge e della programmazione regionale;

c) istituzione, in attuazione della [L. 251/2000](#) , del Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo, ostetrico (SITRO), come struttura di staff della direzione aziendale dotata di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato anche su base dipartimentale, per la promozione, l'attuazione e lo sviluppo di modelli di organizzazione ed innovazione dei processi assistenziali;

d) decentramento decisionale verso i dipartimenti e le strutture al fine di favorire la più ampia partecipazione e l'apporto delle professionalità del Servizio sanitario regionale ai processi organizzativi e operativi.

4. Ciascuna azienda ospedaliera esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all' [articolo 22](#) .

Art. 21

(Aziende ospedaliere-universitarie)

1. In attuazione del [d.lgs. 517/1999](#) possono essere costituite le aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) dello stesso decreto legislativo.

2. Le modalità di costituzione della Azienda ospedaliere-universitaria di Perugia e della Azienda ospedaliere-universitaria di Terni sono disciplinate dal [comma 3](#) .

3. La costituzione, l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento delle aziende ospedaliere-universitarie di cui al [comma 2](#) sono disciplinate dal protocollo d'intesa previsto dal [d.lgs. 517/1999](#) e dall' [articolo 10](#) del presente testo unico; in particolare, le aziende ospedaliere-universitarie sono costituite in seguito alla sottoscrizione dei protocolli attuativi, stipulati rispettivamente dai direttori generali o soggetti ad essi equiparati delle aziende ospedaliere di cui all' [articolo 20](#) e dal Rettore dell'Università degli Studi di Perugia.

4. I protocolli attuativi di cui al [comma 3](#) disciplinano in particolare l'atto aziendale ed il regolamento di organizzazione e funzionamento delle aziende ospedaliere-universitarie di cui al [comma 2](#) nonché la ripartizione paritetica dei risultati economici della gestione, come risultante da bilancio consuntivo annuale.

5. Le aziende ospedaliere-universitarie di cui al [comma 2](#) sono dotate di personalità giuridica pubblica e sono formalmente costituite con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, che prende atto della avvenuta sottoscrizione dei protocolli attuativi di cui al [comma 3](#) . La formale costituzione decorre dal giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del decreto del Presidente della Giunta regionale.

6. La concreta attivazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Terni avviene con la costituzione degli organi, al termine dell'espletamento delle relative procedure.

7. A far data dalla costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia, con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, è soppressa l'Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia. A far data dalla costituzione dell'azienda ospedaliero-universitaria di Terni, con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, è soppressa l'azienda ospedaliera S. Maria di Terni.

Capo III

ATTO AZIENDALE E SERVIZI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA

Art. 22

(Atto aziendale)

1. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono disciplinate dall'atto aziendale di cui all' [articolo 3, comma 1-bis del d.lgs.502/1992](#) . L'atto aziendale contiene, in particolare:

a) l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica e le competenze dei relativi responsabili. L'atto aziendale attribuisce ai responsabili delle diverse strutture in cui si articola l'azienda poteri gestionali e competenze decisionali comprese quelle che impegnano l'azienda verso l'esterno. L'incarico di direzione di struttura vale anche come delega per il relativo esercizio;

b) l'individuazione dei distretti quale articolazione territoriale e organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale;

c) le modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti e delle strutture secondo quanto previsto all' [articolo 37, comma 5](#) ;

d) le modalità ed i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi e per la verifica dei risultati degli stessi;

e) le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alla gestione e programmazione aziendale dei servizi sanitari;

f) la disciplina dell'attribuzione ai dirigenti di cui all' [articolo 15-bis, comma 1 del d.lgs. 502/1992](#) dei compiti per l'attuazione degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, entro i limiti economici e secondo le modalità operative definite in sede di assegnazione degli obiettivi stessi;

g) il numero degli incarichi e delle strutture, nonché le modalità ed i criteri per l'attribuzione degli stessi e la verifica di risultato, secondo quanto previsto all' [articolo 15-ter del d.lgs. 502/1992](#) ;

h) la previsione dell'adozione di un Codice etico cui devono uniformarsi sia il personale dell'azienda che le associazioni che intendono svolgere le loro attività nelle strutture organizzative aziendali.

2. L'atto aziendale e le sue modifiche ed integrazioni sono adottati dal Direttore generale sulla base degli indirizzi della programmazione regionale ed in conformità con i principi ed i criteri di cui alla presente legge, sentito il Collegio di direzione di cui all' [articolo 32](#) acquisito il parere del Consiglio dei sanitari di cui all' [articolo 35](#) .

3. L'atto aziendale, ai sensi e per gli effetti dell' [articolo 83](#) è trasmesso alla Giunta.

4. A seguito dell'adozione dell'atto aziendale i direttori generali provvedono ad adeguare allo stesso i contenuti del regolamento aziendale, previsto all' [articolo 25, comma 2, lettera f\)](#) .

Art. 23

(Servizi gestiti in forma associata e aggregata)

1. Ciascuna azienda sanitaria regionale può gestire, per conto delle altre, attività di interesse comune, anche di carattere sanitario, previa stipula di apposito accordo e può, altresì, consorziarsi per la disciplina e per lo svolgimento di determinate fasi delle rispettive attività gestionali ed amministrative di interesse comune.

2. I direttori generali delle aziende sanitarie regionali definiscono programmi pluriennali per l'acquisizione, in forma centralizzata di beni e servizi e dispongono, i piani di acquisto annuali di beni e servizi occorrenti per il funzionamento delle aziende sanitarie regionali in funzione degli obiettivi fissati nel programma pluriennale.

3. La Giunta regionale dispone, con propria deliberazione, l'assetto organizzativo, le modalità di gestione e l'individuazione delle attività tecnico-amministrative e sanitarie in cui si esplica la gestione in comune prevista al [comma 1](#) .

4. La Giunta regionale emana indirizzi riguardo alla predisposizione di piani aziendali integrati per migliorare l'efficienza energetica delle strutture sanitarie.

TITOLO V

FUNZIONI GESTIONALI

Capo I*Organi delle aziende sanitarie regionali***Art. 24***(Organi delle aziende sanitarie regionali)*

1. Sono organi delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie:

- a) il Direttore generale;
- b) il Collegio di direzione;
- c) il Collegio sindacale.

2. È altresì organo delle aziende ospedaliero-universitarie l'Organo di indirizzo istituito quale organo unico delle aziende ospedaliere-universitarie costituite nella Regione.

Art. 25*(Direttore generale: poteri e competenze)*

1. Il Direttore generale ha la rappresentanza dell'azienda sanitaria regionale ed è responsabile della sua gestione. Il Direttore generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione da esso diretta, attribuisce, tramite l'atto aziendale di cui all' [articolo 22](#) i poteri di gestione ad esso riconosciuti dalle vigenti disposizioni ai diversi livelli gestionali. Il Direttore generale con le proprie scelte di organizzazione assicura un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali e mantiene presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione, di gestione strategica e di decisione generale.

2. Sono comunque riservati al Direttore generale i seguenti atti:

- a) la nomina del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario di cui all' [articolo 36](#) ;
- b) la nomina, ove ricorrano le condizioni previste dall' [articolo 3, comma 3, del d.lgs. 502/1992](#) , del coordinatore dei servizi sociali di cui all' [articolo 36](#) ;
- c) la nomina di figure dirigenziali altamente qualificate e con funzioni coadiuvanti in relazione ad obiettivi specificamente individuati e la conseguente stipula di contratti di diritto privato;
- d) la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario, delle figure dirigenziali di cui alla [lettera c\)](#) e del coordinatore dei servizi sociali; la decadenza del coordinatore dei servizi sociali è disposta d'intesa con la conferenza dei sindaci;
- e) la nomina dei componenti del collegio sindacale;
- f) l'adozione del regolamento di organizzazione dell'azienda sanitaria regionale, sentito il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Coordinatore dei servizi sociali ove nominato, nonché per le aziende ospedaliero-universitarie d'intesa con il Rettore dell'Università;
- g) gli atti di bilancio;
- h) la predisposizione dei piani attuativi di cui all' [articolo 14](#) .

3. Al Direttore generale compete la verifica dei rendimenti e dei risultati aziendali, nonché la valutazione dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa, in applicazione dei principi generali enunciati all' [articolo 17](#) .

4. Il Direttore generale promuove con azioni positive pari opportunità fra i sessi nell'organizzazione aziendale. Il rapporto sulla situazione del personale, previsto dall' [articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198](#) (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell' [articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246](#)), è redatto almeno ogni due anni e trasmesso, ai soggetti individuati al [comma 2 dello stesso articolo 46 del d.lgs. 198/2006](#) ed al Presidente della Giunta regionale.

5. Il Direttore generale convoca, almeno una volta all'anno, apposita conferenza dei servizi ai sensi dell' [articolo 14 del d.lgs. 502/1992](#) per verificare l'andamento degli stessi e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

6. Sono attribuite al Direttore generale delle aziende unità sanitarie locali le funzioni di Commissario liquidatore delle soppresses unità sanitarie locali, già ricomprese nell'ambito territoriale di rispettiva competenza.

Art. 26*(Direttore generale: nomina e rapporto di lavoro)*

[1.] ^[18]

1. Il Direttore generale delle Aziende sanitarie regionali è nominato dal Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta stessa, con le modalità previste dall' [articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171](#) (Attuazione della delega di cui all' [articolo 11, comma 1, lettera p\), della legge 7 agosto 2015, n. 124](#) , in materia di dirigenza sanitaria) e nel rispetto del [decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39](#) (Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell' [articolo 1](#) , commi 49 e 50, della [legge 6 novembre 2012, n. 190](#)). ^[20]

1-bis. Al fine di dare attuazione all' [articolo 2, comma 1 del d.lgs. 171/2016](#) , la Giunta regionale definisce con propria deliberazione le modalità ed i criteri per la nomina da parte del Presidente della Regione della Commissione regionale incaricata di effettuare la valutazione dei candidati da inserire nella rosa relativa ad ogni Azienda sanitaria regionale, nel rispetto di quanto contenuto nel citato comma. La Commissione è composta da tre esperti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi. Per la partecipazione alla Commissione si applica quanto disposto dall' [articolo 8 del d.lgs. 171/2016](#) . ^[21]

2. Il rapporto di lavoro del Direttore generale è esclusivo.

3. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il Direttore generale, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. La durata degli incarichi di direzione generale è di norma la stessa per tutte le aziende sanitarie regionali. Il contratto è redatto in osservanza delle norme del [libro V, Titolo III del codice civile](#) , secondo uno schema tipo adottato dalla Giunta regionale con proprio atto.

4. Il rilievo di eventuali incompatibilità, di cui al [d.lgs. 39/2013](#) , è contestato, in qualunque momento, dalla Giunta regionale al Direttore generale il quale, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia alla Giunta stessa; decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il Direttore generale è dichiarato decaduto.

[5.] ^[22]

[6.] ^[23]

7. La Giunta regionale può modificare, per motivate esigenze organizzative e gestionali, la sede di assegnazione degli incarichi già conferiti a direttori generali di aziende sanitarie regionali. La mobilità interaziendale non comporta ulteriori variazioni al contratto originario, fatta salva la sede di assegnazione riportata nell'atto di accettazione. La mancata accettazione della variazione di sede comporta la risoluzione del contratto.

[8.] ^[24]

9. Ai fini della nomina del Direttore generale delle aziende sanitarie regionali non si applicano le disposizioni di cui alla [legge regionale 21 marzo 1995, n. 11](#) (Disciplina delle nomine di competenza regionale e della proroga degli organi amministrativi).

[Art. 27] ^[25]

Art. 28

(Valutazione dell'attività del Direttore generale)

1. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina le modalità e i criteri per la valutazione annuale dell'attività del Direttore generale in riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in termini di efficacia e di efficienza, dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati nel Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) [...] ^[26] nel Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR)^[27] e negli altri atti di indirizzo emanati dalla Regione. Il mancato rispetto da parte del Direttore generale della normativa vigente in materia di contenimento della spesa per beni e servizi ai sensi dell' [articolo 2 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](#) , costituisce oggetto di valutazione ai sensi del presente comma.

[2.] ^[28]

2. La Giunta regionale per i procedimenti di cui al presente articolo si avvale del supporto tecnico delle proprie strutture anche attraverso l'organismo indipendente di valutazione di cui all' [articolo 99, comma 2 della l.r. 13/2000](#) . ^[29]

3. Le strutture di valutazione di cui al [comma 2](#) provvedono a:

a) svolgere funzioni istruttorie per individuare gli obiettivi di mandato da assegnare ai direttori generali nonché i profili di valutazione degli stessi;

b) predisporre, ai fini delle verifiche annuali e di fine mandato, una relazione istruttoria sui risultati di gestione conseguiti dai direttori generali con riguardo agli obiettivi assegnati.

4. La Giunta regionale ai fini della valutazione dell'attività del Direttore generale acquisisce la relazione di cui all' [articolo 29](#) .

5. All'esito della verifica di cui al presente articolo la Giunta regionale dispone, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del contratto.

Art. 29

(Relazione sanitaria aziendale annuale)

1. La relazione sanitaria aziendale è il documento che attesta i risultati raggiunti annualmente dai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere in attuazione del piano attuativo di cui all' [articolo 14](#) , in considerazione degli obiettivi e degli indicatori di valutazione, previamente definiti dalla Giunta regionale.

2. La relazione sanitaria aziendale è predisposta dai direttori con il supporto del Collegio di direzione di cui all' [art. 32](#) , previa acquisizione del parere del Consiglio dei sanitari. La relazione viene trasmessa alla Giunta regionale [...] [\[30\]](#) entro il 30 giugno^{[\[31\]](#)} dell'anno successivo a quello di riferimento.

3. La Giunta regionale sulla base della relazione di cui al [comma 1](#) verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore e acquisisce, per le aziende unità sanitarie locali, il parere di cui all' [articolo 8, comma 6, lettera e\)](#) e, per le aziende ospedaliere, nonché per le aziende ospedaliero-universitarie, il parere di cui dell' [articolo 9, comma 4](#) .

4. La Giunta regionale sulla base della relazione aziendale, predispone con cadenza annuale una relazione di monitoraggio e valutazione sull'attività dei direttori generali e sullo stato di attuazione della programmazione regionale. La relazione viene trasmessa all'Assemblea Legislativa unitamente ai pareri di cui al [comma 3](#) .

Art. 30

(Decadenza e revoca del Direttore generale)

1. La Giunta regionale può dichiarare la decadenza e la revoca del Direttore generale. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione del contratto dello stesso.

2. Costituiscono causa di decadenza e revoca del Direttore generale [...] [\[32\]](#) nel rispetto dei principi di cui ai commi 3 e 4 dell' [articolo 2 del d.lgs. 171/2016](#) , oltre a quanto previsto dai commi 5 e 6 dello stesso articolo [\[33\]](#) :

a) l'insorgenza di un grave disavanzo d'esercizio tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'azienda sanitaria regionale;

b) il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Regione;

c) la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale, allorché gli stessi prevedano espressamente tale sanzione in caso di inadempienza;

d) l'esito negativo della valutazione di cui all' [art. 28](#) .

e) la mancata rimozione delle incompatibilità di cui all' [art. 26](#) .

f) la grave violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione o altri gravi motivi anche su segnalazione della Commissione consiliare competente in materia di sanità.

3. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o impedimento del Direttore generale si applica quanto previsto dal [comma 6 dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992](#) .

4. La Giunta regionale in caso di decadenza e di revoca del Direttore generale procede alla sua sostituzione ai sensi [...] [\[34\]](#) dell' [articolo 2 del d.lgs. 171/2016](#) . [\[35\]](#) .

Art. 31

(Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria: ulteriori disposizioni)

[1.] [\[36\]](#)

1. Il Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria, nominato dal Presidente della Giunta regionale previa deliberazione della Giunta stessa, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia, è scelto tra gli iscritti nell'elenco nazionale di cui all' [articolo 1 del d.lgs. 171/2016](#) , con le procedure e le modalità previste dall' [articolo 6 del medesimo d.lgs. 171/2016](#) e dall' [articolo 4, comma 2 del d.lgs. 517/1999](#) , nonché dal [d.lgs. 39/2013](#) . [\[37\]](#)

2. Le procedure di verifica dei risultati, di conferma, di decadenza e di revoca del Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria sono disciplinate dai protocolli d'intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Perugia, sulla base dei principi di cui all' [...] [\[38\]](#) 2 del [d.lgs. 171/2016](#) [\[39\]](#) .

Art. 31-bis

(Intese e pareri con l'Università degli Studi di Perugia)

1. La nomina del direttore generale delle aziende ospedaliero - universitarie di cui all' [articolo 21](#) avviene previa intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia nel rispetto di quanto previsto all' [articolo 31, comma 1](#) .

2. Ove i rapporti delle Aziende ospedaliere di Perugia e di Terni con l'Università degli Studi di Perugia siano regolati da atto convenzionale, la nomina del direttore generale delle Aziende medesime avviene previo parere del Rettore della stessa Università.

[40]

Art. 32

(Collegio di direzione)

1. Presso ogni azienda sanitaria regionale è istituito il Collegio di direzione. Il Collegio di direzione, in particolare:

- a) concorre al governo delle attività cliniche;
- b) partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione;
- c) indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

2. Il Collegio di direzione concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

3. Nelle aziende ospedaliero universitarie il Collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica.

4. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante, la composizione e il funzionamento del Collegio di direzione, in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, prevedendo la partecipazione del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo di cui all' [articolo 36](#) , dei Direttori di dipartimento di cui all' [articolo 37](#) e dei Direttori di presidio di cui all' [articolo 41](#) tenendo conto delle peculiarità delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

5. La composizione del Collegio di direzione nelle aziende unità sanitarie locali è integrata con la partecipazione dei Direttori dei distretti di cui all' [articolo 39](#) afferenti alle stesse.

6. Le modalità di funzionamento, la convocazione periodica, nonché le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli organi dell'azienda sanitaria regionale sono disciplinate nell'atto aziendale di cui all' [articolo 22](#) .

7. Ai componenti del Collegio di direzione non spetta alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Art. 33

(Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale è istituito presso ogni azienda sanitaria regionale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsto dall' [articolo 3-ter del d.lgs. 502/1992](#) .

2. Il Collegio sindacale, nominato dal Direttore generale dell'azienda sanitaria regionale, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale [previa deliberazione dell'Assemblea legislativa](#)^[41] , uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute.

3. Presso le aziende ospedaliero universitarie, di cui all' [articolo 21](#) è istituito il Collegio sindacale con le attribuzioni di cui all' [articolo 4, comma 3 del d.lgs. 517/1999](#) . [...] ^[42] Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, [previa deliberazione dell'Assemblea legislativa](#)^[44] uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute. ^[43]

Art. 34

(Organo di indirizzo delle aziende ospedaliero-universitarie)

1. L'organo di indirizzo di cui all' [articolo 24, comma 2](#) , è unico, per le due aziende ospedaliero-universitarie costituite ai sensi dell' [articolo 21](#) .

2. L'organo di indirizzo è composto da cinque membri, nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale, così individuati:

- a) un membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Giunta regionale d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia;
- b) il responsabile della struttura universitaria di coordinamento;

c) un membro designato dal Rettore in rappresentanza dell'Università degli Studi di Perugia;

d) due membri designati dalla Giunta regionale.

3. I componenti dell'organo di indirizzo sono scelti tra persone di notoria e riconosciuta indipendenza, esperte in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari; durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati una sola volta. Non possono far parte dell'organo di indirizzo né i dipendenti delle aziende né i componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Non possono essere, altresì indicati quali membri dell'organo d'indirizzo coloro che già godono del trattamento di quiescenza.

4. L'organo di indirizzo determina, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee di indirizzo dell'attività delle aziende ospedaliero-universitarie al fine di determinare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale delle aziende ospedaliero-universitarie con la programmazione didattica e scientifica dell'università e ne verifica la corretta attuazione d'intesa con le direzioni generali delle aziende ospedaliero-universitarie.

5. L'organo di indirizzo verifica il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca e vigila sul perseguimento degli stessi in coerenza ed integrazione con le attività assistenziali e di cura delle aziende ospedaliero universitarie di cui all' [articolo 21](#) .

6. L'organo di indirizzo esprime parere:

a) sugli atti di programmazione aziendale in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;

b) sull'istituzione, la modifica o la disattivazione di dipartimenti interaziendali, essenziali allo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca. I predetti pareri si intendono favorevoli se non espressi entro trenta giorni dalla richiesta.

7. L'organo di indirizzo verifica la corretta attuazione, da parte delle aziende ospedaliero universitarie, della programmazione regionale e del protocollo d'intesa, riferendo trimestralmente alla Giunta regionale e all'Università degli Studi di Perugia.

8. L'organo di indirizzo si dota di un regolamento interno ed è assistito da una segreteria.

9. L'organo di indirizzo si riunisce di norma una volta al mese. Il Presidente convoca l'organo di indirizzo, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno.

10. Possono partecipare alle sedute dell'organo d'indirizzo, senza diritto di voto, il Presidente della Giunta regionale ed il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia o loro delegati per singole sedute o specifici argomenti all'ordine del giorno. I direttori generali delle aziende ospedaliero-universitarie, partecipano ai lavori dell'Organo di indirizzo senza diritto di voto.

11. Ai componenti dell'organo di indirizzo non spetta alcun compenso.

Capo II

Organismi tecnico-consultivi presso le aziende sanitarie regionali

Art. 35

(Consiglio dei sanitari)

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo delle aziende unità sanitarie locali con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario di cui all' [articolo 36](#) .

2. Il Consiglio dei sanitari esprime parere:

a) sull'atto aziendale di cui all' [articolo 22](#) , sui piani attuativi aziendali di cui all' [articolo 14](#) e sui programmi annuali di attività delle aziende unità sanitarie locali;

b) sulle materie individuate dall'atto aziendale di cui all' [articolo 22](#) .

3. Il Consiglio dei sanitari può, altresì, essere chiamato ad esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del Direttore generale di cui all' [articolo 25](#) o del Direttore sanitario di cui all' [articolo 36](#) .

4. I pareri di cui al [comma 2](#) , lettere a) e b) sono obbligatori.

5. Il Consiglio dei sanitari è tenuto a rendere il parere entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste, decorsi i quali il parere si intende favorevole. Il Direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei sanitari.

6. Il Consiglio dei sanitari dura in carica cinque anni.

7. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante e nel rispetto di quanto stabilito dall' [articolo 3, comma 12 del d.lgs. 502/1992](#) , la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei sanitari.

8. Ai componenti del Consiglio dei sanitari non spetta alcun compenso.

Capo III*Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Coordinatore dei servizi sociali***Articolo 36***(Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Coordinatore dei servizi sociali)*

1. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario coadiuvano il Direttore generale di cui all' [articolo 25](#) nell'esercizio delle sue funzioni; i requisiti e le funzioni loro attribuite sono disciplinate [...] ^[45] dagli [articoli 3, comma 7 e 3-bis, comma 9 del d.lgs. 502/1992](#) . ^[46] . Non possono essere nominati coloro che godono già del trattamento di quiescenza.

2. I rapporti di lavoro del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato.

3. L'incarico di Direttore amministrativo delle aziende sanitarie regionali è conferito [...] ^[47] , ai sensi dell' [articolo 3 del d.lgs. 171/2016](#) , dal Direttore generale dell'Azienda ad un soggetto iscritto nell'Elenco regionale di idonei di cui all' [articolo 36-bis](#) ^[48] , ovvero in altro elenco regionale degli idonei a Direttore amministrativo appositamente costituito ai sensi del citato articolo 3 del d.lgs. 171/2016, ^[49] in possesso di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento in discipline giuridiche o economiche che non [...] ^[50] abbia ^[51] compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

4. L'incarico di Direttore sanitario delle aziende sanitarie regionali è conferito [...] ^[52] , ai sensi dell' [articolo 3 del d.lgs. 171/2016](#) , dal Direttore generale dell'Azienda ad un medico iscritto nell'Elenco regionale di idonei di cui all' [articolo 36-bis](#) ^[53] , ovvero in altro elenco regionale degli idonei a Direttore sanitario appositamente costituito ai sensi del citato articolo 3 del d.lgs. 171/2016, ^[54] che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

4-bis. Per la nomina del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al [comma 1 dell'articolo 2 del d.lgs. 171/2016](#) . I provvedimenti di nomina del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo, nonché i relativi curricula sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda. ^[55]

4-ter. Ai fini dell'inserimento negli elenchi di idonei alla nomina di Direttore amministrativo e di Direttore sanitario di cui all' [articolo 36-bis](#) ed in analogia a quanto previsto per i Direttori generali, ai candidati è richiesto il possesso dell'attestato di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria e relativo al profilo da ricoprire, ai sensi dell' [articolo 3-bis, comma 9 del d.lgs. 502/1992](#) e dell' [articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484](#) (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale). ^[56]

[5.] ^[57]

6. Per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie e sociali di competenza ed ove ricorrano le condizioni previste dall' [articolo 3, comma 3 del d.lgs. 502/1992](#) , il Direttore generale nomina il Coordinatore dei servizi sociali. L'incarico di Coordinatore dei servizi sociali è attribuito a soggetti in possesso di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento e che abbiano svolto una qualificata attività di direzione in ambito sociale, socio-sanitario o sanitario e che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età.

Art. 36-bis

(Elenchi regionali dei soggetti idonei alla nomina di Direttore amministrativo e di Direttore sanitario delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliero-universitarie del Servizio sanitario regionale)

1. Sono istituiti, ai sensi e nel rispetto dell' [articolo 3 del d.lgs. 171/2016](#) , gli Elenchi regionali dei soggetti idonei alla nomina di Direttore amministrativo e di Direttore sanitario delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliero-universitarie del Servizio sanitario regionale, aggiornati con cadenza biennale.

2. A seguito dell'emanazione dell'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall' [articolo 3, comma 1, del d.lgs. 171/2016](#) , la Giunta regionale, al fine di adeguare gli Elenchi di cui al [comma 1](#) a quanto previsto dall'Accordo medesimo, dispone l'aggiornamento degli stessi Elenchi anche prima della scadenza del biennio.

3. Fino all'emanazione dell'Accordo, la Giunta regionale, con proprio atto, disciplina, nel rispetto dell' [articolo 3 del d.lgs. 171/2016](#) , le modalità per l'inserimento negli Elenchi di cui al [comma 1](#) , nonché i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla costituzione degli Elenchi medesimi ed al loro aggiornamento.

^[58]

TITOLO VI*ARTICOLAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI***Capo I**

Art. 37
(Dipartimento)

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie regionali.
2. Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.
3. Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale di cui all' [art. 25](#) ai sensi dell' [articolo 17-bis del d.lgs. 502/1992](#).
4. Per l'azienda ospedaliero-universitaria la nomina del Direttore di dipartimento è effettuata dal Direttore generale dell'azienda medesima d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia ai sensi del [d.lgs. 517/1999](#).
5. Le strutture operative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali integrate, tempestive ed efficaci sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico-legale.
6. I dipartimenti sanitari, in collaborazione con i distretti sanitari di cui all' [articolo 38](#) per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale, lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.
7. L'organizzazione dei dipartimenti è caratterizzata da:
 - a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del Direttore di dipartimento connessa con il loro utilizzo;
 - b) attribuzione al Direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
 - c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;
 - d) appartenenza delle strutture operative ad un unico dipartimento.
8. La Giunta regionale approva direttive vincolanti per fissare i requisiti minimi, i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione ed il funzionamento dei dipartimenti.
9. La Giunta regionale può istituire su propria iniziativa Dipartimenti interaziendali, regolandone il funzionamento sulla base del presente articolo.

Art. 38
(Distretto)

1. Il Distretto è l'articolazione territoriale ed organizzativa della unità sanitaria locale per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della unità sanitaria locale e degli enti locali.
2. Il Distretto ha una dimensione territoriale tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la direzione dell'unità sanitaria locale e di interlocuzione con il sistema del governo locale. Il Distretto si articola in centri di salute che rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che afferiscono al sistema primario delle cure.
3. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento; il distretto, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.
4. Il distretto:
 - a) gestisce e coordina i servizi ubicati nel territorio di competenza, destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, assicura l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che richiedono unitariamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai comuni;
 - b) organizza l'accesso dei cittadini alle prestazioni e servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del distretto, nonché dagli ambulatori e dalle strutture ospedaliere e territoriali accreditate;
 - c) assicura, anche attraverso i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, un efficace orientamento e controllo della domanda socio-sanitaria attraverso la realizzazione di

percorsi sanitari integrati, promuovendo la continuità terapeutica tra i diversi luoghi di trattamento indirizzando e coordinando il ricorso all'assistenza ospedaliera;

d) favorisce e promuove soluzioni organizzative finalizzate al potenziamento delle cure primarie, anche mediante la valorizzazione delle forme di aggregazioni funzionali e territoriali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale, che assicurano la presa in carico della persona e la continuità assistenziale.

5. Il distretto assicura, inoltre:

- a) le attività ed i servizi per la tutela della salute mentale;
- b) l'attività ed i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) l'attività ed i servizi per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, comprensivi dei servizi consultoriali;
- d) le attività di cure primarie, comprensive dell'attività specialistica ambulatoriale;
- e) le attività di riabilitazione territoriale;
- f) le attività socio-sanitarie e socio-assistenziali;
- g) le attività ed i servizi rivolti a disabili e anziani;
- h) le attività ed i servizi di assistenza domiciliare integrata;
- i) l'attività e i servizi per le patologie da HIV;
- l) le attività ed i servizi di cure palliative per le patologie in fase terminale;
- m) le attività e servizi di cure intermedie.

6. Nel distretto trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale, del dipartimento dipendenze e del dipartimento di prevenzione, con riferimento ai servizi alla persona.

7. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito dal Direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, d'intesa con la conferenza dei sindaci di cui all' [articolo 8](#), in armonia con quanto previsto dalla normativa nazionale e nel rispetto [...] [\[59\]](#) degli articoli 265 e 268 bis.[\[60\]](#) . Ciascun distretto, di norma, comprende una popolazione residente non inferiore a cinquantamila abitanti, salvo deroga disposta con provvedimento del Direttore generale, d'intesa con la conferenza dei sindaci ed approvata dalla Giunta regionale.

8. La Giunta regionale adotta, con proprio atto, linee di indirizzo per la massima integrazione dei servizi sanitari erogati dal distretto e il loro coordinamento e integrazione con gli interventi sociali e promuove l'istituzione di case della salute in cui i diversi servizi trovano una sede comune e un luogo di coordinamento funzionale.

Art. 39

(Direttore di Distretto)

1. L'incarico di Direttore di distretto è attribuito dal Direttore generale di cui all' [art. 25](#) a un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell' [articolo 8, comma 1 del d.lgs. 502/1992](#), da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

2. Il rapporto di lavoro del Direttore di distretto è esclusivo. L'atto aziendale di cui all' [art. 22](#) definisce le caratteristiche dell'incarico, la durata e i motivi di revoca.

3. Il Direttore di distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il Direttore del distretto, propone il programma delle attività territoriali di cui all' [articolo 15](#), supporta la direzione generale nei rapporti con il Comitato dei sindaci di distretto di cui all' [art. 40](#).

4. Il Direttore di Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto dai responsabili dei servizi distrettuali, dai Direttori dei dipartimenti territoriali e da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi stessi. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

5. Il Direttore di Distretto si avvale inoltre di un responsabile per le attività amministrative, di un responsabile del servizio infermieristico e di un responsabile del servizio sociale distrettuale.

6. Il Direttore di Distretto convoca, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi, aperta ai cittadini ed alle loro associazioni, per verificare l'andamento degli interventi attuati e per proporre azioni di miglioramento tese al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione distrettuale.

Art. 40*(Comitato dei sindaci di Distretto)*

1. A livello distrettuale è istituito il Comitato dei sindaci di Distretto composto da tutti i sindaci dei comuni facenti parte del distretto.
2. Il Comitato dei sindaci di Distretto concorre al processo di programmazione e verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal PAT di cui all' [art. 15](#) anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei soggetti impegnati in ambito socio-sanitario.

Art. 41*(Presidi ospedalieri)*

1. Gli ospedali non costituiti in aziende ospedaliere, dislocati in una unica unità sanitaria locale, sono accorpati in un unico presidio.
2. Sono comunque costituiti in presidio ospedaliero autonomo gli ospedali sede di dipartimento per l'emergenza ed urgenza.
3. Ai presidi ospedalieri è attribuita autonomia economico finanziaria, con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale.
4. Al presidio ospedaliero sono preposti un dirigente medico ed un dirigente amministrativo come previsto all' [articolo 4, comma 9 del d.lgs. 502/1992](#) , tra i quali il Direttore generale dell'azienda della unità sanitaria locale individua il Direttore del presidio ospedaliero responsabile della gestione complessiva.
5. Sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale le unità sanitarie locali procedono alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri secondo una logica di rete e di integrazione con le attività territoriali di distretto. La definizione della suddetta rete dei presidi ospedalieri e dei distretti deve garantire il percorso assistenziale dell'utente preso in carico.

Capo II*Dipartimento di prevenzione***Art. 42***(Dipartimento di prevenzione)*

1. Il dipartimento di prevenzione, nel rispetto dei principi contenuti nell' [art. 7-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) , è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che trova collocazione funzionale nel distretto di cui all' [art. 38](#) quale macrostruttura organizzativa. Il dipartimento di prevenzione eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività, attraverso interventi che possono superare i confini del settore sanitario e coinvolgere l'intera società civile.
2. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del piano attuativo di cui all' [art. 14](#) ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.
3. Il dipartimento di prevenzione è costituito dalle seguenti macroaree intese come aree di aggregazione funzionale dei servizi afferenti a ciascuna di esse quali:
 - a) macroarea di sanità pubblica;
 - b) macroarea della prevenzione nei luoghi di lavoro;
 - c) macroarea della sanità pubblica veterinaria;
 - d) macroarea della sicurezza alimentare.
4. L'articolazione in macroaree è integrata dalla presenza di un'area professionale della prevenzione, in seno alla quale confluiscono tecnici della prevenzione e assistenti sanitari.
5. Costituiscono obiettivi dell'area professionale della prevenzione di cui al [comma 4](#) :
 - a) lo sviluppo di autonomia professionale e organizzativa, con piena assunzione di responsabilità rispetto al raggiungimento degli obiettivi negoziati in seno alla programmazione di budget con i responsabili delle quattro macroaree;
 - b) il potenziamento dell'integrazione operativa nella attuazione degli obiettivi condivisi;
 - c) la responsabilizzazione nella fase di valutazione degli esiti dei processi di prevenzione attivati nel corso dell'anno.
6. Le macroaree di cui al [comma 3](#) hanno il compito di:

a) recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati;

b) favorire l'azione di governo nei confronti del sistema delle diverse istituzioni e forze sociali, che svolgono la funzione di portatori di interesse rispetto ai principali determinanti di salute, attraverso una evoluzione del mandato dei servizi che vi confluiscono.

7. Alla macroarea sanità pubblica afferiscono i seguenti servizi:

a) il Servizio igiene e sanità pubblica;

b) il Servizio epidemiologia;

c) il Centro screening.

8. Alla macroarea della prevenzione nei luoghi di lavoro, afferisce il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

9. Alla macroarea sanità pubblica veterinaria afferiscono i seguenti servizi:

a) il Servizio veterinario di sanità animale;

b) il Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

10. Alla macroarea sicurezza alimentare afferiscono i seguenti servizi:

a) il Servizio di igiene degli alimenti di origine animale;

b) il Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione.

11. La Giunta regionale con direttive vincolanti individua le procedure tecniche ed amministrative per l'accreditamento dei servizi del Dipartimento di prevenzione da parte di un ente certificatore riconosciuto in ambito comunitario.

12. Ai sensi dell' [articolo 10 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106](#) (Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell' [art. 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183](#)), la Regione Umbria, d'intesa con la Regione Marche, provvede a definire le modalità di raccordo funzionale tra i Dipartimenti di prevenzione e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche.

13. Il raccordo funzionale tra i Dipartimenti di prevenzione e l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente dell'Umbria è disciplinato dall' [articolo 4 della l.r. 9/1998](#) .

Art. 43

(Direttore del dipartimento di prevenzione)

1. Il Direttore del dipartimento di prevenzione è nominato dal Direttore generale di cui all' [art. 25](#) tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione in relazione alle risorse assegnate ai sensi dell' [articolo 7-quater del d.lgs. 502/1992](#) .

2. Spettano al Direttore del dipartimento di prevenzione le seguenti funzioni:

a) stabilire con la direzione aziendale, nell'ambito della programmazione di budget, le risorse necessarie alla realizzazione degli obiettivi di salute da raggiungere e/o consolidare, con particolare attenzione allo sviluppo di processi integrati;

b) garantire la corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, anche attraverso i piani di attività integrati, negoziati con i coordinatori delle quattro macroaree di cui all' [art. 44](#) ;

c) rappresentare il dipartimento nei rapporti con la direzione aziendale;

d) promuovere l'attuazione di percorsi di qualità, sia in seno ai singoli servizi che nelle macroaree anche attraverso lo sviluppo e il mantenimento di adeguati percorsi formativi;

e) assicurare il monitoraggio delle attività negoziate anche attraverso la manutenzione costante dei sistemi informativi attivi su scala regionale;

f) garantire l'integrazione del dipartimento con le altre macrostrutture aziendali nonché con i portatori d'interesse, anche attraverso la lettura per la direzione aziendale del contesto epidemiologico;

g) valutare dal punto di vista quantitativo e qualitativo l'attività delle macroaree.

Art. 44*(Coordinamento delle macroaree del dipartimento di prevenzione)*

1. Per ciascuna delle quattro macroaree il Direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, sentito il Direttore del dipartimento di cui all' [articolo 43](#) , nomina un coordinatore scelto tra i dirigenti dei servizi che afferiscono alle stesse.

2. Al coordinatore spettano i seguenti compiti:

a) la definizione di piani di attività integrati in occasione della predisposizione della proposta di budget per il dipartimento di prevenzione;

b) la negoziazione dei piani di cui alla [lettera a\)](#) con l'area professionale della prevenzione;

c) la valutazione dei risultati dei processi integrati al fine di garantire una programmazione inserita in un percorso virtuoso di qualità.

TITOLO VII**PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE****Capo I***Personale dipendente del S.S.R.***Art. 45***(Organico e ruoli nominativi)*

1. Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale è iscritto nei ruoli nominativi costituiti e gestiti, ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761](#) , dalle singole aziende sanitarie regionali cui è conferita la competenza della gestione giuridica ed economica del personale dipendente. Per ciascun dipendente sono indicati il cognome e il nome, la data di nascita, il codice fiscale, la data di assunzione e la data di conseguimento della qualifica di appartenenza. La Giunta regionale, entro il 30 giugno di ogni anno, provvede alla pubblicazione degli elenchi nominativi trasmessi dalle singole aziende sanitarie regionali. Gli elenchi pubblicati assumono funzioni meramente ricognitiva e costituiscono la base conoscitiva e statistica per le finalità della programmazione regionale.

2. Prima della trasmissione alla Giunta regionale le aziende sanitarie regionali devono portare a conoscenza del personale dipendente, mediante adeguate forme di pubblicizzazione, gli elenchi di cui al [comma 1](#) . Eventuali istanze di correzione possono essere avanzate dai dipendenti interessati, entro 15 giorni dalla pubblicizzazione degli elenchi, all'azienda di appartenenza nelle forme da essa stabilite.

3. La copertura dei posti vacanti in organico riferiti alle posizioni funzionali apicali è sottoposta alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale. È, altresì, sottoposta alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale, [...] [\[61\]](#) la copertura dei posti di dirigente [\[62\]](#) del ruolo amministrativo.

3 bis. La Giunta regionale stabilisce periodicamente con proprio atto, per ogni singola azienda sanitaria, anche al fine del rispetto di quanto stabilito dall' [articolo 47 bis](#) , per i profili e posizioni funzionali del ruolo amministrativo, ad esclusione dei posti di dirigente, la percentuale dei posti vacanti che può essere coperta nel periodo preso in esame. [\[63\]](#)

Art. 45-bis*(Designazioni componente regionale nelle commissioni esaminatrici per i ruoli della dirigenza del S.S.R.)*

1. Al fine della designazione dei direttori di struttura complessa quali componenti nelle commissioni esaminatrici dei concorsi per titoli ed esami di cui all' [articolo 24 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483](#) (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale) per l'individuazione del componente di spettanza regionale di cui all'articolo 25 del d.p.r. medesimo, si procede al sorteggio con le modalità di cui all'articolo 6 del decreto. 2. Con deliberazione della Giunta regionale si procede alla nomina della commissione di sorteggio che è composta di tre membri. E' presieduta dal Direttore regionale della Direzione regionale competente o suo delegato e uno degli altri due componenti svolge le funzioni di segretario. La partecipazione alla commissione è a titolo gratuito. Con la medesima deliberazione sono anche definite le modalità che assicurino la trasparenza delle procedure.

[\[64\]](#)**Art. 46***(Personale in stato di quiescenza. Disciplina degli incarichi)*

[1.] [\[65\]](#)

1. Al personale dipendente delle Aziende sanitarie regionali in stato di quiescenza possono essere conferiti incarichi nei limiti e nel rispetto delle disposizioni vigenti ed in particolare di quelle contenute nel [decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#) (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche). [\[66\]](#)

Art. 47

(Compensi ai componenti le commissioni e sottocommissioni esaminatrici dei concorsi e delle selezioni per l'assunzione del personale delle aziende sanitarie regionali)

1. La disciplina dei compensi è stabilita dalle Aziende sanitarie regionali con atto del Direttore generale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia.

[Art. 47 bis] ^[67]**Art. 47 bis**

(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria) ⁽²⁾

1. Gli enti del Servizio sanitario regionale (SSR) applicano le disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 del [decreto legge 31 maggio 2010, n. 78](#) (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito con modificazioni dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#) . [...] ^[69]

2. La Giunta regionale definisce le direttive per assicurare le finalità di cui al [comma 1](#) e procede annualmente alla verifica del rispetto da parte degli enti del SSR delle condizioni e dei limiti ivi recati.

^[68]

Art. 47 ter

(Procedure attuative del [Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015](#))

1. Le aziende sanitarie regionali danno attuazione ai commi 6, 7, 8 e 9 dell' [articolo 4 del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101](#) (Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 ottobre 2013, n. 125](#) , con le procedure di cui al [Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015](#) (Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità), anche con riferimento ai dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo del Servizio sanitario regionale, nel rispetto della programmazione del fabbisogno e nel limite massimo del cinquanta per cento delle risorse finanziarie occupazionali di ciascuna azienda relative allo stesso anno.

^[70]

Capo II

Incarichi di direzione di struttura nelle aziende sanitarie regionali

Art. 48

(Incarichi di direzione)

1. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina i criteri e le procedure per l'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura semplice o di struttura complessa nel rispetto dei principi fissati dall' [articolo 15](#) , commi 7, 7-bis, 7-ter, 7-quater, 7-quinquies del [d.lgs. 502/1992](#) , nonché delle disposizioni della contrattazione collettiva, tenendo conto delle linee di indirizzo definite in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Art. 49

(Esclusività del rapporto di lavoro)

1. Gli incarichi di direzione di struttura semplice o complessa conferiti ai dirigenti del ruolo sanitario del servizio sanitario regionale implicano il rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell' [articolo 15-quinquies, comma 5 del d.lgs. 502/1992](#) .

2. Gli incarichi di direzione di struttura semplice o complessa del servizio sanitario regionale, nonché la responsabilità e la gestione dei programmi di cui all' [articolo 5, comma 4 del d.lgs. 517/1999](#) , conferiti a professori e ricercatori universitari, implicano un rapporto di lavoro esclusivo.

3. Il dirigente titolare di uno degli incarichi di cui ai commi 1 e 2, che opta per il rapporto di lavoro non esclusivo ai sensi dell' [articolo 15-quater, comma 4 del d.lgs. 502/1992](#) , decade automaticamente dall'incarico.

Art. 50

(Indennità)

1. L'indennità di esclusività del rapporto di lavoro prevista dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e veterinaria del servizio sanitario nazionale e della dirigenza sanitaria è erogata unicamente al personale con rapporto di lavoro esclusivo.

TITOLO VIII

FORMAZIONE IN SANITÀ

Capo I

*Operatore socio sanitario***Art. 51***(Istituzione della figura professionale di operatore socio-sanitario)*

1. È istituita la figura professionale dell'operatore socio-sanitario.
2. L'operatore socio-sanitario, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:
 - a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
 - b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

Art. 52*(Formazione)*

1. La Giunta regionale provvede alla programmazione dei corsi e alle attività didattico-formative relative all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario.
2. La Giunta regionale determina, altresì, con il piano annuale di formazione degli operatori della sanità, in attuazione del Piano sanitario regionale, l'attivazione dei corsi in base al fabbisogno annuale.
3. I corsi sono gestiti dalle aziende sanitarie locali ed ospedaliere o da organismi accreditati, con comprovata esperienza nel settore, secondo quanto previsto dalla vigente normativa ed in particolare dall' [articolo 5 della legge 21 dicembre 1978, n. 845](#) (Legge-quadro in materia di formazione professionale), dal [d.lgs. 502/1992](#) e dalla [legge regionale 21 ottobre 1981, n. 69](#) (Norme sul sistema formativo regionale).

Art. 53*(Contesti operativi e relazionali)*

1. L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività:
 - a) in tutti i servizi del settore sociale e sanitario, di tipo residenziale e semiresidenziale, in ambito ospedaliero e al domicilio dell'utente;
 - b) in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.
2. In particolare gli operatori socio-sanitari esplicano: a) assistenza diretta ed aiuto domestico, alberghiero; b) intervento igienico-sanitario e di carattere sociale; c) supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Art. 54*(Requisiti di accesso)*

1. Per l'accesso al corso di formazione di operatore socio-sanitario è richiesto il diploma di scuola dell'obbligo ed il compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso.

Art. 55*(Organizzazione didattica)*

1. La didattica è strutturata per moduli didattici e per aree disciplinari e comprende:
 - a) un modulo di base;
 - b) un modulo professionalizzante.
2. I corsi di formazione per operatore sociosanitario hanno durata non inferiore a diciotto mesi, per un numero di ore non inferiore a mille.
3. In aggiunta al corso di qualificazione di base, la Giunta regionale attiva moduli di formazione Integrativa, miranti a specifiche utenze e specifici contesti operativi.
4. La Giunta regionale, ai sensi dell' [articolo 1, comma 8 del decreto-legge 12 novembre 2001, n.402](#) (Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario), convertito, con modificazioni, dalla [legge 8 gennaio 2002, n. 1](#), programma corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per operatori socio-sanitari.

Art. 56*(Materie di insegnamento e tirocinio)*

1. Le materie di insegnamento, relative ai moduli didattici di cui all' [articolo 55](#) sono articolate nelle seguenti aree disciplinari:

- a) socio-culturale, istituzionale e legislativa;
- b) psicologica e sociale;
- c) igienico-sanitaria;
- d) tecnico-operativa.

2. Tutti i corsi comprendono un tirocinio guidato presso le strutture ed i servizi nel cui ambito è prevista la figura dell'operatore socio-sanitario.

Art. 57

(Esame finale e rilascio dell'attestato)

1. Al termine del corso gli allievi sono sottoposti ad una prova teorica e ad una prova pratica da parte di un'apposita commissione d'esame costituita dalla Giunta regionale.

2. La frequenza ai corsi è obbligatoria e non sono ammessi alle prove di valutazione finale coloro che hanno superato il tetto massimo di assenze indicato nel provvedimento regionale di attivazione del corso.

3. Il provvedimento regionale di attivazione del corso fissa il numero dei partecipanti.

4. All'allievo che supera la prova è rilasciato dalla Regione attestato di qualifica valido, ai sensi della normativa vigente, nelle strutture, attività e servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Art. 58

(Titoli pregressi)

1. La Regione quantifica il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di qualifica relativo alla figura professionale di operatore socio-sanitario, prevedendo misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale, rispetto a quella prevista dal presente Titolo.

2. La frequenza, con esito positivo, di corsi autorizzati dalla Regione per la formazione di operatori che svolgono la loro attività nel campo sociale, assistenziale e sanitario, ed espletati prima del 15 agosto 2002, è valutata ai fini dell'applicazione del [comma 1](#).

Art. 58-bis

(Crediti formativi)

1. A seguito della revisione dei percorsi dell'istruzione professionale di cui all'Intesa del 21 dicembre 2017, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, recante "Intesa ai sensi dell' [articolo 3, comma 3 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 61](#) , sullo schema di regolamento recante "Revisione dei percorsi dell'istruzione professionale nel rispetto dell' [articolo 117 della Costituzione](#) , nonché raccordo con i percorsi dell'istruzione e formazione professionale, a norma dell' [articolo 1](#) , commi 180 e 181, lettera d), della [legge 13 luglio 2015, n. 107](#) ", ai soggetti che conseguono il diploma di "Servizi per la Sanità e l'assistenza sociale" sono riconosciuti crediti formativi ai fini dell'acquisizione dell'attestato di qualifica di operatore socio-sanitario.

[71]

Art. 58-ter

(Regolamentazione)

1. La Giunta regionale disciplina, con proprio regolamento, le modalità relative alla formazione professionale della figura di operatore socio-sanitario di cui agli articoli 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 e 58-bis della [l.r. 11/2015](#).

[72]

CAPO I-BIS

ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

[73]

Art. 58-quater

(Istituzione della figura professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico)

1. Ai sensi del [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 febbraio 2018](#) (Individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico) è istituita la figura professionale dell'assistente di studio odontoiatrico.

2. L'assistente di studio odontoiatrico, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività finalizzata all'assistenza dell'odontoiatra e dei professionisti sanitari del settore durante la prestazione clinica, alla predisposizione dell'ambiente e dello strumentario, all'accogliimento dei clienti ed alla gestione della segreteria e dei rapporti con i fornitori.

3. La Giunta regionale con proprio regolamento, nel rispetto dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'individuazione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico, recepito con il [d.p.c.m. 9 febbraio 2018](#), specifica le competenze e le attività dell'assistente di studio odontoiatrico e disciplina il percorso formativo per l'acquisizione della relativa qualifica. Con il medesimo regolamento viene disciplinata la procedura di accreditamento delle strutture che svolgono i relativi corsi di formazione.

[74]

CAPO I-TER

FORMAZIONE IN AMBITO SANITARIO

[75]

Art. 58-quinquies

(Contratti di formazione specialistica aggiuntivi regionali)

1. La Regione, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili e destinate per la formazione in sanità e nel rispetto del fabbisogno dei medici specialistici da formare, riserva una parte delle stesse a posti aggiuntivi di formazione, di cui al [decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368](#) (Attuazione della [direttiva 93/16/CE](#) in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la [direttiva 93/16/CE](#)), presso le scuole di specializzazione universitarie dell'Università degli Studi di Perugia.

2. Al fine di favorire la permanenza dei professionisti in formazione nelle strutture e negli enti del Servizio Sanitario regionale, il medico specializzando assegnatario di un posto aggiuntivo regionale di cui al [comma 1](#), sottoscrive apposite clausole predisposte dalla Giunta regionale al contratto di formazione specialistica di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 luglio 2007](#) (Definizione schema tipo del contratto di formazione specialistica dei medici), che viene conseguentemente adeguato sulla base di quanto previsto dal presente articolo.

[76]

TITOLO IX

INDIRIZZI E CRITERI DI FINANZIAMENTO - SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE - CONTROLLI

Capo I

Determinazione del fabbisogno e finanziamento del servizio sanitario regionale

Art. 59

(Determinazione del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale)

1. La Giunta regionale, in sede di elaborazione del D.A.P., procede alla stima del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale necessario ad assicurare, per il triennio successivo, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza, tenuto conto degli obiettivi di crescita programmati, dell'evoluzione della domanda di salute, dell'andamento dei costi dei fattori produttivi, del programma degli investimenti.

2. La Giunta regionale procede annualmente a:

a) ripartire le risorse disponibili da destinare al Servizio sanitario regionale;

b) emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie regionali e degli enti del Servizio sanitario regionale;

c) individuare, anche in corso di esercizio di bilancio, le misure da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse.

Art. 60

(Finanziamento del Servizio sanitario regionale)

1. La Regione indirizza la gestione economico-finanziaria del Servizio sanitario regionale verso l'obiettivo della massima efficienza ed efficacia, verificando la rispondenza dei risultati di gestione rispetto agli obiettivi programmatici, nell'ambito delle compatibilità economiche generali.

2. La Giunta regionale determina annualmente i costi standard e i fabbisogni standard del Servizio sanitario regionale, tenendo conto, anche delle macroaree dei livelli essenziali di assistenza.

3. La Giunta regionale determina altresì le risorse che, al netto della quota direttamente gestita dalla Regione, sono destinate alle aziende sanitarie regionali e procede alla definizione del fabbisogno standard delle aziende unità sanitarie locali sulla base del costo standard regionale e dei seguenti criteri:

a) popolazione residente nel proprio ambito territoriale, ponderata secondo parametri di natura epidemiologica e demografica e tenendo conto di carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte ad incidere sui costi delle

prestazioni;

b) quote per funzioni assistenziali da garantire sulla base degli obiettivi della programmazione regionale.

4. Il finanziamento delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie a valere sulle risorse ordinarie destinate al fabbisogno standard regionale avviene mediante:

a) una quota per i servizi da garantire su mandato, sulla base degli obiettivi della programmazione regionale e per specifiche funzioni assistenziali;

b) una quota per esigenze di didattica e ricerca scientifica.

5. La Giunta regionale determina, per le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario regionale, il finanziamento destinato alle funzioni assistenziali di cui al [comma 4](#), in base al costo standard di produzione del programma di assistenza e determina altresì la remunerazione delle altre attività assistenziali, in base a quanto previsto dall' [art. 92](#).

Art. 61

(Contabilità e controlli)

1. Alla contabilità ed ai controlli delle aziende sanitarie regionali si applicano le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio previste dal [decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118](#) (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della [legge 5 maggio 2009, n. 42](#)) e dai relativi decreti attuativi, nel rispetto dei principi di cui al [d.lgs. 502/1992](#).

Capo II

Attività programmatica e documenti previsionali

Art. 62

(Attività programmatica)

1. Costituiscono strumenti dell'attività programmatica delle aziende sanitarie regionali:

a) il bilancio pluriennale di previsione;

b) il bilancio preventivo economico annuale.

Art. 63

(Bilancio pluriennale di previsione)

1. Le scelte compiute e le priorità individuate con i documenti di programmazione sanitaria di cui all' [art. 11](#) sono tradotte in termini contabili nel bilancio pluriennale di previsione.

2. Il bilancio pluriennale di previsione ha come riferimento temporale quello dei documenti di cui all' [art. 11](#); le previsioni in esso contenute sono suddivise per anno, sono strutturate secondo gli schemi nazionali vigenti e sono annualmente aggiornate.

Art. 64

(Bilancio preventivo economico annuale)

1. Il bilancio preventivo economico annuale deve essere predisposto in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione.

2. Il bilancio preventivo economico annuale deve essere redatto secondo le disposizioni di cui all' [art. 25 del d.lgs. 118/2011](#) e dei relativi decreti attuativi.

3. Costituiscono parte integrante del bilancio preventivo economico annuale i documenti predisposti dalle Aziende sanitarie regionali ai sensi dell' [articolo 128 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163](#) (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE).

4. E' fatto obbligo alle Aziende sanitarie di redigere la previsione dei costi e dei ricavi in situazione di pareggio ai sensi del [decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174](#) (Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012). L'equilibrio di bilancio e la stabilità della gestione dovranno essere assicurati nel bilancio preventivo economico annuale, nelle rendicontazioni periodiche infra-annuali e nel bilancio di esercizio. In caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico da parte delle Aziende Sanitarie si applica la normativa vigente.

5. Al bilancio preventivo economico annuale sono allegati i budget riferiti ai vari centri di risorsa ed alle specifiche aree di attività. I dirigenti sono responsabili del budget loro assegnato.

Art. 65*(Approvazione dei documenti economici previsionali)*

1. La Giunta regionale determina gli indirizzi vincolanti per la predisposizione dei bilanci di previsione.
 2. Il bilancio preventivo economico annuale e il bilancio pluriennale di previsione sono corredati dalla relazione del Collegio Sindacale.
 3. Il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio preventivo economico annuale sono approvati con provvedimento del direttore generale entro il 10 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento del bilancio preventivo economico annuale.
 4. I documenti di cui al [comma 3](#) sono soggetti ai controlli previsti dall' [art. 83](#) . A tale fine i documenti stessi sono trasmessi alla Giunta regionale entro 10 giorni dall'adozione.
 5. Il direttore generale trasmette alla Conferenza dei Sindaci il bilancio pluriennale e il bilancio preventivo economico annuale per il parere di competenza e ne dispone la pubblicazione ai sensi della normativa vigente in materia. Il Bilancio preventivo economico annuale è altresì pubblicato per esteso nel sito istituzionale della Regione.
-

Art. 66*(Contabilità economica generale)*

1. Le Aziende sanitarie regionali rilevano i fatti di gestione con contabilità economico-patrimoniale, ai sensi del [d.lgs. 118/2011](#) e relativi decreti attuativi.
 2. Le Aziende sanitarie regionali adottano il piano dei conti deliberato dalla Giunta regionale secondo le disposizioni di cui all' [art. 27 del d.lgs. 118/2011](#) .
-

Art. 67*(Contabilità analitica)*

1. I fatti attinenti ai centri di costo ed alle specifiche aree di attività sono rilevati con contabilità analitica intesa a fornire, per ciascun oggetto di rilevazione ed a supporto dei controlli di cui agli articoli 81 e 82, ogni elemento conoscitivo utile a valutare i risultati conseguiti in termini di economicità, efficacia ed efficienza della gestione.
 2. I risultati delle analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centro di costo e responsabilità sono pubblicati annualmente dalle Aziende sanitarie regionali sul proprio sito istituzionale.
-

Art. 68*(Libri obbligatori)*

1. Le Aziende sanitarie regionali devono tenere:
 - a) il libro giornale;
 - b) il libro degli inventari;
 - c) il mastro della contabilità;
 - d) il partitario dei creditori;
 - e) il partitario dei debitori;
 - f) il libro delle deliberazioni del direttore generale;
 - g) il libro delle sedute e delle deliberazioni del collegio sindacale;
 - h) il registro della contabilità di magazzino.
 2. I libri di cui al [comma 1](#) devono essere numerati, vidimati e bollati, ove previsto, secondo le disposizioni vigenti.
 3. È fatto inoltre obbligo di contabilizzare separatamente i proventi e gli oneri derivanti dall'attività libero professionale intramuraria.
-

Art. 69*(Tutela della contabilità e conservazione delle scritture contabili)*

1. In materia di tenuta della contabilità e di conservazione delle scritture contabili si applicano le norme contenute negli articoli dal 2214 al 2220 del [codice civile](#) .
2. Il direttore generale adotta, con formale deliberazione, un regolamento per la contabilità, l'amministrazione dei beni e l'attività contrattuale, uniformandosi agli standard previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.),

di cui al D.M. 01/03/2013, o, in assenza, ai principi del presente titolo, del [codice civile](#) e delle disposizioni normative vigenti.

Capo III

Mezzi finanziari

Art. 70

(Fonti di finanziamento)

1. Costituiscono fonti di finanziamento delle Aziende sanitarie regionali:

a) le risorse destinate, ai sensi dell' [art. 60](#) , alle aziende sanitarie dalla Regione a titolo di fabbisogno standard;

b) i ricavi ed i proventi derivanti da prestazioni sanitarie rese a soggetti pubblici e privati, compresi quelli di competenza relativi all'attività libero professionale ed ai servizi a pagamento, quelli provenienti da contratti e convenzioni nonché le quote di partecipazione alla spesa eventualmente poste a carico degli assistiti;

c) i contributi di soggetti pubblici e privati;

d) i proventi derivanti dalla gestione dei beni del patrimonio, ivi compresi quelli provenienti da lasciti, donazioni ed altri atti di liberalità ricevuti;

e) i concorsi, i rimborsi, i recuperi ed altri introiti diversi ed eventuali.

2. L'accettazione di lasciti e donazioni deve essere preventivamente autorizzata dalla Giunta regionale.

3. Le Aziende sanitarie regionali, ai sensi e per gli effetti dell' [articolo 3](#) , commi da 16 a 21, della [legge 27 dicembre 2003, n. 350](#) (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004)), possono ricorrere, previa autorizzazione della Giunta regionale, all'assunzione di mutui o di altre forme di indebitamento, di durata non superiore a venti anni, fino a raggiungere, con l'ammontare complessivo delle rate di ammortamento, comprensive di capitale ed interesse, il 15 per cento delle entrate proprie correnti o dei ricavi netti e proventi di esercizio previsti nel bilancio preventivo economico dell'anno in corso, con esclusione delle quote assegnate a titolo di fabbisogno sanitario standard e delle sopravvenienze, insussistenze e plusvalenze attive.

4. Il collegio sindacale dell'azienda sanitaria verifica, preliminarmente all'adozione degli atti conseguenti, la compatibilità economico-finanziaria della proposta di indebitamento di cui al [comma 3](#) .

5. Per far fronte a temporanee esigenze di cassa, le Aziende sanitarie regionali possono attivare anticipazioni con il proprio tesoriere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio preventivo economico dell'esercizio in corso, con esclusione di quelle relative ai conti d'ordine.

6. L'atto di indebitamento adottato al di fuori di quanto previsto ai commi 3 e 4 è nullo.

Art. 71

(Finanziamento dei servizi socio-assistenziali)

1. Gli oneri per la realizzazione di servizi socio-assistenziali delegati dagli Enti locali sono a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale e con specifica contabilizzazione.

2. L'Azienda USL, allo scopo di assicurare il passaggio nella gestione di tali servizi delegati, stipula apposita convenzione che disciplini le clausole che regolano contenuti, quantità e modalità di svolgimento dei servizi da realizzare e le scadenze nell'erogazione dei finanziamenti da parte dell'ente delegante.

3. La gestione dei servizi socio-assistenziali è rilevata con contabilità economica separata con apposito bilancio.

Capo IV

Servizio di tesoreria e di cassa

Art. 72

(Servizio di tesoreria)

1. Le Aziende sanitarie regionali affidano il proprio servizio di tesoreria ad una o più banche con le procedure previste dalla vigente normativa nazionale e comunitaria.

2. I criteri selettivi, le modalità di gestione del servizio di tesoreria, nonché la durata sono disciplinati con apposito capitolato approvato dal direttore generale, da allegare alla convenzione di tesoreria per farne parte integrante e sostanziale.

3. Il Collegio sindacale effettua verifiche trimestrali periodiche di tesoreria ed esegue la riconciliazione tra gli estratti del conto corrente di tesoreria ed i movimenti nel corrispondente conto della contabilità generale.

Art. 73

(Servizio di cassa)

1. Le somme riscosse direttamente dalle strutture delle Aziende sanitarie regionali devono essere versate al tesoriere entro il termine e con le modalità stabilite dal regolamento interno di contabilità di cui all' [art. 69, comma 2](#) .
2. Per il pagamento di minute spese di gestione i direttori generali delle Aziende sanitarie possono disporre, a carico del conto di tesoreria, anticipazioni di fondi a dipendenti appositamente individuati, nei limiti e con le modalità stabiliti dallo stesso regolamento di cui all' [art. 69, comma 2](#) e nel rispetto della normativa vigente.
3. L'imputazione al conto economico delle spese sostenute e documentate è effettuata in sede di presentazione dei rendiconti che deve avvenire con cadenza almeno trimestrale. I rendiconti sono controllati ed approvati dal responsabile del servizio economico-finanziario.

Art. 74

(Classificazione del patrimonio)

1. Le attività e le passività patrimoniali delle Aziende sanitarie regionali sono classificate secondo il piano dei conti dello stato patrimoniale, tenuto conto dell'esigenza di standardizzazione delle procedure contabili e dei debiti informativi previsti dall' [art. 27 del d.lgs. 118/2011](#) .

Capo V

Il bilancio d'esercizio

Art. 75

(Bilancio d'esercizio)

1. Il bilancio d'esercizio delle Aziende sanitarie regionali contiene l'esposizione chiara, veritiera e corretta dei risultati della gestione, è redatto con riferimento all'anno solare e, come previsto dal [d.lgs. 118/2011](#) e relativi decreti attuativi, si compone dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico, del Rendiconto Finanziario e della Nota Integrativa ed è corredato da una Relazione sulla Gestione sottoscritta dal Direttore Generale.
2. Il bilancio di esercizio è redatto in conformità al [d.lgs. 118/2011](#) secondo gli schemi ivi previsti, nel rispetto della normativa nazionale vigente.
3. Il bilancio di esercizio, come previsto dal [comma 1](#) , è corredato dalla relazione sulla Gestione del Direttore Generale che, oltre a contenere il modello di rilevazione dei costi per Livelli di Assistenza (Mod. L.A.) per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente, riporta anche un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari e il Conto Economico di ogni singolo presidio.
4. Al bilancio di esercizio delle aziende unità sanitarie locali è unito il rendiconto della gestione dei servizi socio-assistenziali di cui all' [art. 71](#) .

Art. 76

(Principi e criteri per la redazione del bilancio d'esercizio)

1. Nella redazione del bilancio d'esercizio delle Aziende sanitarie regionali si applicano gli articoli da 2423 a 2428 del [codice civile](#) , fatto salvo quanto diversamente disposto dal [d.lgs. 118/2011](#) .

Art. 77

(Risultato economico della gestione)

1. L'eventuale risultato positivo di esercizio, ai sensi dell' [art. 30 del d.lgs. 118/2011](#) , è portato a ripiano delle eventuali perdite d'esercizio precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del S.S.R.. Resta fermo quanto stabilito a livello nazionale in ordine ai risparmi di gestione conseguiti dai singoli S.S.R..

Art. 78

(Approvazione e pubblicazione del bilancio di esercizio)

1. Il bilancio d'esercizio è adottato dal direttore generale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento ed è corredato dalla Relazione del Collegio Sindacale. Il bilancio d'esercizio è sottoposto al controllo di cui all' [art. 83](#) .
2. Il direttore generale dispone la pubblicazione del bilancio d'esercizio per esteso nel sito istituzionale aziendale. Il Bilancio d'esercizio è altresì pubblicato per esteso nel sito istituzionale della Regione.

Capo VI

Attività contrattuale

Art. 79

(Attività contrattuale)

1. L'attività contrattuale è esercitata nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria vigente.

Art. 80

(Contabilità di magazzino)

1. Le Aziende sanitarie regionali devono tenere la contabilità di magazzino relativamente ai materiali sanitari, prodotti farmaceutici ed agli altri beni di consumo allo scopo di pervenire, attraverso idonee rilevazioni, alla determinazione dei valori, delle quantità e delle qualità dei beni esistenti all'inizio e alla fine dell'esercizio, nonché alla determinazione dei consumi dei centri di costo anche per periodi inferiori all'anno, uniformandosi agli standard previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.).

2. Le registrazioni delle operazioni di carico e scarico devono essere eseguite in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente, nonché dai singoli regolamenti aziendali.

3. La valutazione dei beni in carico e in scarico è effettuata in base a quanto previsto dalla normativa vigente e dal regolamento aziendale in materia.

Capo VII

Controllo di gestione

Art. 81

(Controllo interno di gestione)

1. Il direttore generale attua il controllo di gestione per verificare mediante la valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, il grado di economicità, di efficacia e di efficienza raggiunto dall'Azienda sanitaria regionale nell'azione di conseguimento dei rispettivi fini istituzionali.

2. Le finalità di cui al [comma 1](#) vengono perseguite avvalendosi di un'apposita struttura organizzativa che opera stabilmente per la gestione del sistema di programmazione e controllo e dipende in via diretta ed esclusiva dal direttore generale.

3. La struttura di cui al [comma 2](#) :

a) individua le procedure, i parametri e gli indicatori atti a valutare: la capacità dell'ente di acquisire i fattori operativi per la fornitura dei servizi assegnati alla sua competenza funzionale, l'efficienza nell'impiego delle risorse e la produttività dei fattori anzidetti;

b) redige il rapporto annuale finale che attua il sistematico confronto fra le scelte dei documenti programmatici e i dati di consuntivo.

Art. 82

(Controllo regionale sulla gestione)

1. La Giunta regionale esercita il controllo sulla gestione delle Aziende sanitarie regionali al fine di verificare il risultato di gestione conseguito in termini di buon andamento e di conseguimento dell'equilibrio economico. La valutazione viene effettuata in relazione all'attività svolta a garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, in termini di efficacia e di efficienza, nonché in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati dalla programmazione regionale.

2. La Giunta regionale persegue le finalità di cui al [comma 1](#) , oltre che mediante il controllo su documenti programmatici e di bilancio, ai sensi dell' [art. 83](#) , anche avvalendosi delle verifiche svolte dall'organismo di valutazione di cui all' [art. 28, comma 2](#) organizzando altresì analisi su efficienza, appropriatezza ed erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Capo VIII

Controlli

Art. 83

(Controllo della Regione)

1. La Giunta regionale esercita il controllo sulle aziende sanitarie regionali anche ai sensi dell' [articolo 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#) (Disposizioni in materia di finanza pubblica), mediante:

a) la valutazione della conformità e congruità, rispetto alle indicazioni del piano sanitario regionale di cui all' [articolo 12](#) , alle direttive vincolanti regionali e alle risorse assegnate, dei seguenti atti:

- 1) bilancio preventivo annuale e relative variazioni;
- 2) bilancio pluriennale di previsione;
- 3) bilancio di esercizio;
- 4) istituzione di nuovi servizi;

5) proposta di copertura delle perdite e per il riequilibrio della situazione economica;

6) dotazione organica complessiva del personale e il piano triennale dei fabbisogni del personale^[72] ;

7) deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, con esclusivo riferimento alle spese di investimento. Non sono considerati impegni pluriennali quelli riferiti a spese il cui impegno non ecceda i dodici mesi;

8) atto aziendale di cui all' [articolo 22](#) ;

9) piano attuativo di cui all' [articolo 14](#) ;

b) l'attività ispettiva, di vigilanza e di controllo ai sensi della [legge 26 aprile 1982, n. 181](#) [Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)];

c) la nomina, previa diffida a provvedere entro il termine di trenta giorni, di commissari ad acta per i provvedimenti non adottati entro i termini stabiliti e le modalità prescritte per legge e per atti amministrativi di programmazione generale.

2. Sono soggetti, altresì, al controllo della Giunta regionale i provvedimenti di acquisizione, a qualsiasi titolo, da parte delle aziende sanitarie regionali di attrezzature sanitarie. La Giunta regionale, con proprio atto, emana linee guida per l'individuazione delle tipologie di attrezzature sanitarie soggette al controllo nonché degli ambiti della valutazione di congruità.

3. Il termine per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali è di quaranta giorni dal ricevimento dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.

4. Nel caso di mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al [comma 3](#) , l'atto soggetto a controllo si intende approvato.

5. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1 al 31 agosto e dal 23 dicembre al 6 gennaio di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza.

6. Le modalità per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali sono disciplinate dal [regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1](#) (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie).

7. Il controllo sulle deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell'Istituto zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, previsto dall' [articolo 18](#) dell'Accordo tra la Regione Umbria e la Regione Marche, ratificato con [l.r. Umbria 20 novembre 2013, n. 28](#) è esercitato dalla Giunta regionale con le modalità di cui al presente articolo.

8. Gli atti ed i provvedimenti assunti dal Direttore generale per le aziende sanitarie regionali e dal Consiglio d'amministrazione per l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche sono pubblicati nel sito istituzionale dell'azienda sanitaria regionale o dell'Istituto stesso, secondo le modalità e i limiti previsti dall'ordinamento vigente in materia di pubblicità degli atti. Gli atti non soggetti a controllo sono esecutivi dal giorno della loro pubblicazione nel sito istituzionale, salvo diversa espressa disposizione. L'esecutività degli atti di cui al [comma 1, lettera a\)](#) , è subordinata all'esito positivo del controllo regionale ovvero alla mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al [comma 3](#) .

Capo IX

Patrimonio delle aziende sanitarie regionali

Art. 84

(Contributi in conto capitale)

1. La Regione, in coerenza con gli obiettivi definiti nel Piano sanitario regionale (PSR), concede contributi in conto capitale alle Aziende sanitarie regionali per la realizzazione di investimenti.

Art. 85

(Disposizioni sul patrimonio sanitario)

1. Al fine di ottimizzare la valorizzazione patrimoniale delle strutture ospedaliere dismesse o da dismettere, la proprietà delle stesse è trasferita al patrimonio regionale, ferma restando la destinazione sanitaria dei proventi nel rispetto di quanto previsto dall' [art. 29, comma 1 lettera c\) del d.lgs 118/2011](#) con le modalità di cui al [successivo articolo 86](#) .

2. Le Aziende sanitarie regionali, in deroga al [comma 1](#) possono essere autorizzate dalla Regione, previa presentazione di un piano di valorizzazione, a mantenere la proprietà delle strutture ospedaliere dismesse o da dismettere, ai fini della loro alienazione da parte delle Aziende sanitarie stesse. Il piano di valorizzazione dovrà indicare l'eventuale porzione della struttura ospedaliera, che si intende non alienare, fermo restando che la stessa dovrà essere riutilizzata per fini sanitari. L'autorizzazione regionale fissa il termine entro il quale la procedura di alienazione deve essere conclusa.

3. La Regione può trasferire alle Aziende sanitarie regionali le strutture ospedaliere dismesse e già acquisite al patrimonio regionale per le quali non sono state attivate procedure di valorizzazione. Il trasferimento dei beni avviene a titolo gratuito con decreto del Presidente della Giunta regionale che costituisce titolo per la trascrizione immobiliare e ne disciplina i termini per l'alienazione.

4. Le risorse derivanti dalla valorizzazione di cui al [comma 1](#) , vengono messe a disposizione delle Aziende sanitarie regionali alle quali i beni immobili appartenevano, con le modalità e nei termini della convenzione di cui all' [articolo 86](#) .

5. Per strutture ospedaliere dismesse si intendono quelle che hanno cessato la destinazione sanitaria dopo il 1° gennaio 2000.

6. Per strutture ospedaliere da dismettere si intendono quelle che, a seguito dell'inizio dei lavori per la costruzione di nuovi plessi ospedalieri, cesseranno la loro destinazione.

Art. 86

(Convenzioni tra Regione e Aziende sanitarie regionali)

1. Le modalità del trasferimento dei beni immobili di cui all' [articolo 85](#) , nonché dell'assegnazione delle risorse derivanti dalla valorizzazione degli stessi a favore delle Aziende sanitarie regionali sono disciplinati da apposita convenzione tra la Regione e la singola Azienda sanitaria regionale da stipularsi prima del trasferimento del bene.

2. Le risorse derivanti dalla valorizzazione dei beni immobili saranno destinate, in via preferenziale, ai servizi sanitari del territorio in cui i beni sono collocati, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e di quanto previsto dall' [art. 29, comma 1 lettera c\) del d.lgs. 118/2011](#) .

3. Il trasferimento in proprietà alla Regione dei beni immobili di cui al [comma 1 dell'articolo 85](#) è attuato con decreto del Presidente della Giunta regionale che ne disciplina i termini e costituisce titolo per la trascrizione immobiliare.

Art. 87

(Piano del patrimonio delle aziende sanitarie)

1. Le aziende sanitarie redigono il Piano triennale del patrimonio, nel quale individuano:

a) i beni destinati o da destinare all'erogazione di servizi e a sede degli uffici;

b) i beni utilizzati per finalità di pubblico interesse da enti pubblici o privati senza scopo di lucro, in virtù di accordi di programma o convenzioni;

c) i beni destinati o da destinare alla produzione di reddito con l'indicazione dei proventi conseguiti o conseguibili nonché delle azioni che si intendono intraprendere per ottimizzare la redditività degli stessi;

d) i beni di cui alla [lettera a\)](#) destinati a sede di uffici o servizi, dei quali si prevede la dismissione dall'uso, nel triennio, con la indicazione delle ipotesi di riutilizzo;

e) i beni che si intendono alienare nel triennio, ivi compresi quelli destinati a sede di uffici o servizi, di cui si prevede la dismissione dall'uso, indicando i tempi di alienazione e la destinazione dei proventi [...] [\[78\]](#) ; [\[79\]](#)

e bis) i beni immobili che si intendono acquisire nel triennio per il perseguimento dei fini istituzionali. [\[80\]](#)

2. I beni di cui al [comma 1, lettera e\)](#) , già facenti parte del patrimonio dei comuni, con vincolo di destinazione sanitaria ai sensi della [legge 833/1978](#) , ed aventi interesse storico o culturale, ovvero caratterizzati da un ruolo strategico nell'ambito degli strumenti urbanistici, possono essere ceduti direttamente al comune in cui gli stessi insistono, al valore di stima del bene, quando lo stesso ne faccia formale richiesta, entro sei mesi dall'approvazione del Piano di cui al [comma 4](#) .

3. Il Piano di cui al [comma 1](#) adottato dall'organo aziendale competente, è trasmesso entro trenta giorni alla Giunta regionale, che può formulare osservazioni. Il Piano è definitivamente approvato dall'organo aziendale competente adeguandosi alle eventuali osservazioni e rilievi formulati dalla Giunta regionale entro sessanta giorni dal ricevimento degli stessi.

4. Il Piano, definitivamente approvato, viene trasmesso alla Giunta regionale e diventa efficace con la comunicazione da parte della stessa, della avvenuta presa d'atto.

5. La Giunta regionale comunica tempestivamente all'Assemblea Legislativa il piano corredato della relativa presa d'atto.

6. Il Piano viene aggiornato con cadenza almeno triennale ed in ogni caso entro sei mesi dalla nomina del Direttore generale.

Art. 88

(Autorizzazione all'alienazione)

1. L'autorizzazione all'atto di alienazione dei beni immobili già prevista nel piano del patrimonio definitivamente approvato, ai sensi dell' [articolo 87](#) è finalizzata alla verifica:

- a) della coerenza dell'atto proposto con le previsioni del piano;
- b) della scelta della procedura ritenuta più idonea;
- c) della congruità del prezzo definito da apposita perizia di stima.

Art. 88 bis

(Autorizzazione all'acquisizione e alla sottoscrizione di contratti atipici)

1. L'acquisizione di beni immobili già prevista nel Piano triennale del patrimonio deve essere preventivamente autorizzata dalla Giunta regionale allo scopo di verificare la conformità delle operazioni patrimoniali con la programmazione regionale.

2. Sono altresì soggetti all'autorizzazione da parte della Giunta regionale i contratti atipici relativi ai beni immobili, nel rispetto della normativa nazionale vigente.

[\[81\]](#)

Art. 89

(Inventario generale del patrimonio)

1. L'inventario generale del patrimonio comprende le attività e le passività patrimoniali di cui all' [articolo 74](#) ed è redatto dalle Aziende sanitarie regionali all'inizio della propria attività e al termine di ogni esercizio.

2. L'inventario iniziale è approvato con deliberazione del direttore generale, nella quale sono indicati e motivati i criteri di valutazione adottati per l'attribuzione dei valori.

Art. 90

(Consegnatari dei beni patrimoniali)

1. I direttori generali delle Aziende sanitarie regionali individuano, con propria deliberazione, i consegnatari responsabili dei beni patrimoniali, stabilendo i registri e le scritture da tenere nonché le modalità di resa dei conti.

2. I consegnatari sono personalmente responsabili dei beni ricevuti in consegna fino alla loro formale scarica.

Art. 91

(Dichiarazione di fuori uso e di scarico)

1. I beni mobili a disposizione delle Aziende sanitarie regionali non più idonei all'uso loro assegnato per vetustà o che per qualsiasi altra ragione divenissero inservibili, sono dichiarati fuori uso e cancellati dal relativo inventario con deliberazione del direttore generale, sulla base di una motivata proposta del competente ufficio.

Art. 91 bis

(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie)

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari o per altri scopi comunque non lucrativi, la cessione e l'utilizzo, in Italia e all'estero, del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale, fatto salvo quanto previsto dall' [articolo 107, comma 2, lettera d\)](#) e commi 3 e 4 e nel rispetto della [legge 11 agosto 2014, n. 125](#) (Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo).

2. L'attività di promozione e coordinamento di cui al [comma 1](#) avviene nel rispetto dell'autonomia patrimoniale, gestionale e contabile delle aziende sanitarie regionali e con riferimento ai beni mobili dichiarati fuori uso dalle stesse e cancellati dal relativo inventario ai sensi dell' [articolo 91](#).

3. Ai fini del [comma 1](#), la Giunta regionale, con proprio atto, definisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri: [\(4\)](#).

a) l'adesione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private di cui al [comma 1](#) all'attività di promozione e coordinamento della Regione avviene su base volontaria;

b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale;

c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito;

d) possono presentare richiesta per la cessione o l'utilizzo dei beni dismessi gli enti pubblici, le organizzazioni e gli enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, gli enti ecclesiastici riconosciuti, le organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, le rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana e i

soggetti di cui all' [articolo 26 della l. 125/2014](#) , fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

4. La Giunta regionale, con l'atto di cui al [comma 3](#) , definisce, altresì, le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.

5. I soggetti richiedenti di cui al [comma 3, lettera d\)](#) , provvedono in proprio al trasporto dalla struttura in cui si trova il bene alla destinazione finale, senza alcun onere per l'amministrazione regionale e per l'ente che cede il bene.

6. All'attuazione del presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

[82]

Capo X

Disposizioni per la remunerazione degli erogatori di prestazioni sanitarie

Art. 92

(Remunerazione degli erogatori di prestazioni sanitarie)

1. La Regione assicura i livelli uniformi ed essenziali di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dalle aziende ospedaliero-universitarie, nonché dai soggetti privati accreditati ai sensi dell' [articolo 8-quater del d.lgs. 502/1992](#) , nel rispetto degli accordi e dei contratti di cui all' [articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992](#) .

2. Le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'erogatore privato o pubblico, diverso dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha provveduto all'erogazione è remunerato nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario e dei criteri definiti dalla Regione con deliberazione della Giunta regionale.

3. La Giunta regionale, in relazione all'attuazione della programmazione regionale e tenuto conto delle risorse disponibili, definisce annualmente i volumi programmati di attività corrispondenti al fabbisogno di prestazioni del Servizio sanitario regionale, articolati per tipologie assistenziali, determinando i criteri di remunerazione delle stesse prestazioni con indicazione dell'ammontare globale predefinito di finanziamento e le misure di abbattimento delle tariffe al superamento dei volumi programmati. Tali volumi programmati possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, essere previsti anche per le prestazioni rese a cittadini residenti fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie regionali definiscono annualmente mediante gli accordi di cui al [comma 1](#) i volumi finanziari derivanti dai flussi di mobilità interaziendale.

4. La Giunta regionale con propri atti disciplina le modalità e le procedure per regolare il sistema dei rapporti tra gli erogatori di prestazioni sanitarie, anche in relazione alle disposizioni emanate a livello nazionale circa le modalità di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Art. 93

(Addebito delle prestazioni ai terzi responsabili)

1. Quando le prestazioni sanitarie erogate siano determinate da fatto comportante presumibile responsabilità di terzi, le aziende sanitarie regionali esercitano il diritto di rivalersi dei costi delle prestazioni sanitarie rese nell'ambito del Servizio sanitario regionale sui terzi responsabili dei danni, applicando le tariffe vigenti, salvo quanto disposto dalla normativa statale in materia.

Capo XI

Sistema informativo sanitario regionale

Art. 94

(Sistema informativo sanitario regionale)

1. Il Sistema informativo sanitario regionale è unitario a livello regionale e comprende dati e informazioni prodotte dai sistemi informativi delle aziende sanitarie e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati della Regione.

2. Il Sistema informativo sanitario regionale:

a) acquisisce i dati e le informazioni per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione regionale;

b) diffonde la telemedicina e l'integrazione delle tecnologie biomedicali;

c) fornisce i servizi al cittadino nel rispetto di quanto previsto dal [decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196](#) (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal [regolamento regionale 12 maggio 2006, n. 4](#) (Trattamento dei dati personali, sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti ed agenzie regionali e degli enti vigilati dalla Regione).

3. Per le finalità di cui al [comma 2](#) il Sistema informativo sanitario regionale:

a) assicura la compatibilità del Sistema informativo sanitario regionale con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS);

b) assicura l'interconnessione e l'interoperabilità dei sistemi informativi delle aziende sanitarie regionali, delle strutture accreditate, delle farmacie, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei professionisti convenzionati con il Sistema sanitario regionale;

c) consente l'integrazione delle informazioni relative alle attività svolte, ai servizi forniti e ai percorsi di cura garantiti ai cittadini.

4. La Giunta regionale con appositi atti:

a) definisce sulla base degli standard nazionali e internazionali, i requisiti minimi strutturali dei sistemi informativi delle aziende sanitarie regionali e degli enti e soggetti del Servizio sanitario regionale;

b) stabilisce i livelli di informatizzazione per la definizione dei percorsi clinici e organizzativi finalizzati alla continuità di cura e la rilevazione epidemiologica;

c) rileva con progetti specifici interaziendali e in riferimento al singolo cittadino lo stato di salute e le prestazioni erogate, finalizzate alla realizzazione del fascicolo sanitario elettronico;

d) attiva sistemi di valutazione e controllo sui livelli di completezza e qualità dei sistemi informativi, sull'adesione agli standard e alle direttive nazionali e regionali.

TITOLO X

PARTECIPAZIONE, DIRITTI DEGLI UTENTI E FORME DI TUTELA

Capo I

Partecipazione

Art. 95

(Informazione e partecipazione dei cittadini)

1. Mediante la partecipazione i cittadini, le formazioni sociali esistenti sul territorio, gli operatori sanitari contribuiscono a migliorare l'organizzazione dei servizi e a dare impulso all'attività programmata; inoltre controllano l'efficacia e la rispondenza dell'attività medesima rispetto alle finalità perseguite dal servizio sanitario regionale.

2. Le aziende sanitarie regionali adottano strumenti idonei per l'informazione, per la partecipazione, per la comunicazione e per la trasparenza finalizzati alla conoscibilità degli obiettivi, delle attività e dei servizi erogati dalle stesse. A tal fine, le aziende sanitarie regionali garantiscono uno spazio adeguato all'informazione e all'acquisizione delle valutazioni da parte dei destinatari delle prestazioni, assicurando il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei malati.

3. I rapporti con le associazioni dei consumatori e utenti e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale, le cui attività concorrano con le finalità del servizio sanitario regionale, possono essere disciplinati da apposite convenzioni e protocolli di intesa, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti, al fine di porre in atto azioni in grado di aumentare il livello di coinvolgimento e di partecipazione, nella prospettiva dell'empowerment del cittadino.

4. Ciascuna azienda sanitaria regionale adotta la carta dei servizi e ne assicura adeguata pubblicità mediante pubblicazione sul sito web istituzionale, nonché in tutte le strutture in cui si svolgono le attività di servizio all'utenza.

5. Ciascuna azienda sanitaria regionale introduce forme di valutazione della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario coinvolgendo direttamente i cittadini attraverso lo strumento degli audit civici.

Art. 96

(Partecipazione alla programmazione)

1. Ai sensi dell' [articolo 14 del d.lgs. 502/1992](#) , la Regione promuove le più ampie forme di concertazione-partenariato istituzionale e sociale ai fini della predisposizione delle proposte di atti di pianificazione e programmazione regionale.

2. La Giunta regionale promuove forme di partecipazione e consultazione al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale, anche mediante il tavolo di concertazione e partenariato istituzionale e sociale di cui all' [articolo 5 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13](#) (Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria), con i cittadini e le loro organizzazioni, con le organizzazioni sindacali, con gli organismi di volontariato, di promozione sociale, di cooperazione sociale e con gli altri soggetti del Terzo settore.

3. Le aziende sanitarie regionali assicurano la partecipazione dei soggetti di cui al [comma 2](#) al processo di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria in ambito locale.

Capo II

*Diritti degli utenti***Art. 97***(Diritti degli utenti)*

1. L'attività degli organi e degli operatori delle aziende sanitarie regionali è finalizzata ad assicurare prestazioni adeguate ai bisogni dell'utente.
2. Gli operatori delle aziende sanitarie regionali nell'ambito dei servizi e dei presidi devono tenere comportamenti che non inducano in stato di soggezione l'utente, rispettando le sue convinzioni secondo i principi della dignità umana.

Art. 98*(Modalità di tutela dei diritti)*

1. Le osservazioni, le richieste e le proposte in ordine al funzionamento dei servizi possono essere avanzate dagli utenti all'Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.) dell'azienda sanitaria ed agli organi dell'azienda medesima.
2. L'U.R.P. fornisce agli interessati una risposta motivata sulle osservazioni, richieste e proposte di cui al [comma 1](#).
3. L'U.R.P. segnala al Direttore generale eventuali disfunzioni informandone l'utente che le ha denunciate.
4. Qualora l'U.R.P. corredi la segnalazione con una proposta per la migliore organizzazione di un servizio, il Direttore generale è tenuto a pronunciarsi in merito alla stessa.

Art. 99*(Ricorso al Difensore civico)*

1. Gli utenti che hanno avanzato osservazioni, richieste e proposte con la modalità di cui all' [art. 98, comma 1](#) e non ritengano esaurienti le risposte ricevute, possono richiedere l'intervento del Difensore civico regionale di cui alla [legge regionale 27 novembre 2007 n. 30](#) (Nuova disciplina del difensore civico regionale. Abrogazione della [legge regionale 30 novembre 1995 n. 45](#)).
2. Il Difensore civico, valutato il fondamento dell'istanza, invita il Direttore generale dell'Azienda sanitaria a fornire tutte le informazioni e i chiarimenti ritenuti necessari, nei termini di cui alla [l.r. 30/2007](#).
3. Il Difensore civico segnala le irregolarità ed i disservizi accertati al Presidente della Giunta regionale.
4. Qualora, nell'esercizio delle sue funzioni, il Difensore civico venga a conoscenza di fatti che possano costituire reato, ne fa rapporto all'Autorità giudiziaria e, nel caso di fatti che possano comportare responsabilità contabile o amministrativa, li segnala alla Corte dei Conti.

TITOLO XI

*ANAGRAFE SANITARIA, OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO, REGISTRI DI POPOLAZIONE E DI PATOLOGIA E
COMITATO ETICO DELLE AZIENDE SANITARIE DELL'UMBRIA*

Capo I*Anagrafe sanitaria regionale***Art. 100***(Istituzione dell'Anagrafe sanitaria regionale)*

1. È istituita l'Anagrafe sanitaria regionale quale anagrafica di riferimento del Servizio sanitario regionale, al fine di permettere l'identificazione univoca all'interno della Regione, degli assistiti, degli assistibili e dei soggetti che abbiano avuto almeno un accesso ad una struttura sanitaria regionale.
2. L'Anagrafe di cui al [comma 1](#) ha la finalità di:
 - a) gestire in maniera corretta il processo di erogazione delle prestazioni ai cittadini attraverso la condivisione dei dati individuali tra le aziende sanitarie regionali;
 - b) garantire la funzionalità di servizi avanzati;
 - c) assicurare un efficace controllo della spesa.
3. La Giunta regionale disciplina, con proprio regolamento, le modalità di raccolta e trattamento dei dati anagrafici e sanitari dei soggetti di cui al [comma 1](#) nel rispetto e con le modalità stabilite dalle disposizioni vigenti, in modo da garantire la tutela della riservatezza dei dati personali.

Capo II*Osservatorio epidemiologico regionale***Art. 101***(Osservatorio epidemiologico regionale)*

1. Nell'ambito della competente direzione della Giunta regionale è istituito l'Osservatorio epidemiologico regionale, di seguito denominato Osservatorio, con funzione di osservazione epidemiologica.

2. L'Osservatorio rappresenta una componente fondamentale per orientare l'azione di governo della Giunta regionale e l'attività di pianificazione delle aziende sanitarie regionali, sia nella scelta delle modalità assistenziali, che per effettuare una adeguata valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute emergenti nella popolazione.

3. L'Osservatorio epidemiologico regionale opera nel rispetto del [decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196](#) (Codice in materia di protezione di dati personali) ed ha il compito di:

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del Servizio sanitario regionale, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata finalizzata a produrre statistiche sanitarie omogenee;

b) raccogliere dai vari livelli del Servizio sanitario regionale dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;

c) elaborare i dati provenienti dalle aziende sanitarie regionali finalizzati a produrre statistiche sanitarie correnti;

d) fornire le informazioni alle direzioni generali delle aziende sanitarie regionali, finalizzate alla valutazione e al controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;

e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali, finalizzate anche ad individuare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza delle stesse;

f) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario per il miglioramento degli interventi sanitari;

g) partecipare all'Assemblea Legislativa, alla conferenza dei sindaci, alla struttura di valutazione di cui all'[articolo 28](#) nonché ai cittadini ed alle loro associazioni i risultati delle informazioni raccolte.

4. L'Osservatorio, di cui al [comma 1](#), attiva collaborazioni e collegamenti funzionali con i servizi epidemiologici delle aziende sanitarie regionali, dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche e dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente, con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità e con altri enti e istituzioni interessate.

Capo III

Registri regionali di popolazione e di patologia

Art. 102

(Istituzione dei registri regionali di popolazione e di patologia)

1. In applicazione del [d.lgs. 196/2003](#), ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g) sono istituiti a livello regionale i seguenti registri di popolazione e di patologia:

a) Registro tumori;

b) Registro mesoteliomi;

c) Registro dialisi e trapianto;

d) Registro trapianti d'organo;

e) Registro malattie rare;

f) Registro malformazioni congenite;

g) Registro screening oncologici;

h) Registro diagnosi anatomo-patologiche;

i) Registro sclerosi laterale amiotrofica (SLA);

l) Registro mortalità.

2. I registri di popolazione e di patologia di cui al [comma 1](#) raccolgono dati anagrafici e sanitari relativi a persone affette dalle malattie ivi individuate a fini di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), del [d.lgs. 196/2003](#) sono previsti i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al [comma 1](#), i soggetti che possono avere accesso ai registri e i dati che possono conoscere e le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

4. Le previsioni del regolamento di cui al [comma 3](#) devono in ogni caso informarsi al principio di necessità di cui all' [articolo 3 del d.lgs. 196/2003](#) .

Capo IV

[...] [\[83\]](#) *Comitato Etico regionale dell'Umbria*[\[84\]](#).

[**Art. 103**] [\[85\]](#)

Art. 103

(Comitato Etico regionale dell'Umbria)

1. Il Comitato Etico regionale dell'Umbria (CER Umbria) garantisce la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che partecipano a protocolli di ricerca clinica e fornisce pubblica garanzia di tale tutela.

2. Il CER Umbria svolge i compiti di cui alla normativa vigente ed esprime pareri in autonomia relativamente a:

a) sperimentazioni di farmaci, dispositivi medici, tecniche e metodiche invasive e non, studi osservazionali e/o non interventistici, usi terapeutici di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica, da attuare nelle strutture del Servizio sanitario regionale;

b) aspetti etici riguardanti le attività scientifiche ed assistenziali svolte nelle strutture sanitarie regionali.

3. Il CER Umbria è istituito presso un'Azienda sanitaria individuata quale capofila dalla Giunta regionale, con proprio provvedimento, definendone la composizione e il funzionamento in applicazione delle normative nazionali ed europee in materia. Per la composizione si richiamano per quanto compatibili le disposizioni di cui all' [articolo 2, comma 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3](#) (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute).

[4.] [\[87\]](#)

4. Il CER Umbria si avvale di una segreteria tecnico scientifica, qualificata ai sensi della normativa vigente, nella quale opera personale messo a disposizione dall'Azienda capofila per le attività del CER medesimo. L'Azienda è autorizzata a svolgere le procedure di reclutamento per dotare la segreteria tecnico scientifica di un numero adeguato di personale. Gli oneri relativi al personale che opera nella segreteria tecnico scientifica gravano sui fondi di cui al [comma 6](#) . [\[88\]](#)

5. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina:

a) le tariffe a carico degli sponsor, per ottenere il parere del Comitato per le sperimentazioni cliniche, da versare all'Azienda capofila, nel rispetto di quanto previsto dall' [articolo 2, comma 5 della l. 3/2018](#) ;

b) l'importo del gettone di presenza e l'eventuale rimborso delle spese di viaggio per la partecipazione a riunioni.

6. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina altresì le modalità di utilizzo dei fondi, da parte dell'Azienda sanitaria capofila, necessari al funzionamento del CER Umbria e della qualificata segreteria tecnico-scientifica così come di eventuali quote eccedenti.

[\[86\]](#)

TITOLO XII

INTERVENTO E TRASPORTO SANITARIO

Capo I

Trasporto sanitario

Art. 104

(Gestione del trasporto sanitario)

1. Il trasporto sanitario costituisce attività di interesse generale improntata al rispetto dei principi di universalità, solidarietà, economicità ed appropriatezza.

2. Il trasporto sanitario a carico del servizio sanitario regionale è assicurato dalle Aziende sanitarie regionali, avvalendosi di personale e mezzi propri e, ove ciò non sia possibile, secondo le modalità indicate ai commi 4 e 5. Il servizio di trasporto sanitario regionale può essere effettuato anche tramite mezzi di elisoccorso.

3. Ai fini dell'applicazione dei commi 4 e 5, per trasporto sanitario e prevalentemente sanitario si intende:

a) i servizi di trasporto sanitario di emergenza urgenza gestiti dalla centrale operativa;

b) i servizi di trasporto e intervento previsti nei livelli essenziali di assistenza, con necessità di assistenza in itinere di personale sanitario o di altro personale adeguatamente formato ed in possesso di un attestato di idoneità rilasciato sulla base della frequenza di uno specifico corso di addestramento, con esame finale. La disciplina e l'organizzazione dei percorsi formativi obbligatori vengono definite in apposito atto di Giunta.

4. Il trasporto sanitario e prevalentemente sanitario è affidato a soggetti autorizzati ed accreditati secondo la disciplina prevista nel regolamento di cui al [comma 6](#) , con il seguente ordine di priorità:

a) con convenzioni stipulate con le associazioni di volontariato, con la Croce Rossa Italiana, con le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo di cui all' [articolo 1, comma 18 del d.lgs. 502/1992](#) , nel rispetto dei principi di economicità, efficienza e non sovracompensazione delle spese effettivamente sostenute al fine di garantire l'espletamento del servizio di interesse generale. Le convenzioni sono rese pubbliche in conformità a quanto previsto dalla normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici. I soggetti con i quali si stipulano le convenzioni devono essere in regola con le norme sulla contrattazione collettiva nazionale;

b) con contratti a titolo oneroso stipulati nel rispetto della normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici di servizi.

5. Il trasporto sanitario di urgenza ed emergenza, per effetto della sentenza della Corte di giustizia europea, Sez. V, 11/12/2014 n. C-113/13, è attribuito in via prioritaria e con affidamento diretto alle associazioni di volontariato con le modalità ed entro i limiti disposti dalla medesima sentenza.

6. Il trasporto non prevalentemente sanitario è affidato ai soggetti autorizzati e accreditati secondo la disciplina prevista nel regolamento di cui al [\[... \]](#) ^[89] [comma 7](#) ^[90] , sulla base di procedure concorsuali in conformità alla normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici di servizi.

7. La Giunta regionale fissa con regolamento i requisiti e gli adempimenti necessari per ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento all'esercizio del trasporto di cui ai commi 4 e 5, nel rispetto dei principi di diritto europeo in materia di libertà di stabilimento e di libera circolazione dei servizi. Con norme regolamentari, sono altresì definiti i criteri per l'espletamento delle procedure di cui al [comma 4](#) , nel rispetto della normativa statale ed europea e, in particolare, dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e di rotazione.

TITOLO XIII

DIRITTO DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA

Capo I

Diritto d'accesso all'assistenza sanitaria

Art. 105

(Diritto di accesso alla assistenza sanitaria e ospedaliera)

1. I cittadini appartenenti ad uno degli Stati membri della Unione Europea presenti nel territorio dell'Umbria, hanno diritto di accedere all'assistenza sanitaria nel rispetto della normativa europea e statale.

2. La Regione garantisce altresì l'assistenza ospedaliera all'estero, secondo le disposizioni vigenti, ai cittadini italiani residenti in Umbria iscritti nell'elenco degli assistiti.

3. I cittadini [\[... \]](#) ^[91] residenti nella Regione Umbria possono ottenere il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno in Italia per sottoporsi a interventi di trapianto di organi, alle condizioni e secondo le modalità stabilite dal presente comma. Il rimborso riguarda le spese di viaggio e di soggiorno sostenute per l'effettuazione dell'intervento di trapianto, degli esami preliminari, clinici ed immunologici, dei controlli e degli eventuali interventi successivi. Il rimborso, previo parere favorevole del Centro regionale di riferimento per i trapianti, istituito ai sensi dell' [art. 11 del d.p.r. 6 giugno 1977, n. 409](#) , è disposto e liquidato dall'Azienda USL nel cui ambito è ricompreso il Comune di residenza del richiedente. *Le spese di soggiorno sono altresì rimborsate per l'accompagnatore del richiedente secondo le modalità definite ai sensi del presente comma.* ^[92] L'ammissibilità delle spese di viaggio e di soggiorno, nonché i termini per il rimborso sono definite con atto della Giunta regionale.

4. Gli apolidi, i rifugiati e i profughi possono beneficiare degli interventi per l'accesso ai servizi sanitari ove non usufruiscano di più favorevoli o di analoghi benefici in forza della normativa europea, statale e regionale.

Art. 106

(Servizi sanitari per soggetti provenienti da paesi extracomunitari e loro familiari)

1. La Regione, nell'ambito ed in attuazione della normativa statale e regionale in materia, assicura ai soggetti provenienti da Paesi extracomunitari e loro familiari, l'accesso ai servizi sanitari.

2. Sono destinatari degli interventi per l'accesso ai servizi sanitari, di cui al [comma 1](#) , i cittadini provenienti da Paesi extracomunitari e loro familiari, sia in caso di immigrazione definitiva che in caso di permanenza limitata finalizzata al rientro, che risiedano o dimorino nel territorio della Regione Umbria secondo la normativa vigente.

Art. 107

(Interventi di assistenza sanitaria in favore di Paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie)

1. la Regione detta norme finalizzate all'attuazione di interventi sanitari, destinati a Paesi extracomunitari che versano in gravi difficoltà assistenziali sanitarie per contingenti ragioni politiche, militari ed economiche, assicurando, mediante azioni mirate e coordinate volte sia alle cause che agli effetti, il contributo del Servizio sanitario regionale.

2. Gli interventi di cui al [comma 1](#) consistono in:

a) erogazione da parte delle Aziende sanitarie di prestazioni di alta specializzazione rivolte a cittadini extracomunitari provenienti da Paesi in gravi difficoltà assistenziali sanitarie per contingenti ragioni politiche, militari ed economiche;

b) assistenza sanitaria per motivi umanitari a cittadini di origine umbra residenti in Paesi extracomunitari in particolare stato di bisogno;

c) interventi sanitari nei Paesi d'origine ai sensi dell' [articolo 32, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#) (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica), valorizzando le risorse umane disponibili nell'area d'intervento anche attraverso programmi di formazione del personale tecnico-sanitario da effettuarsi presso la Regione o nel paese oggetto dell'intervento stesso;

[d)] ^[93]

d) invio, nei Paesi oggetto dell'intervento, del patrimonio mobiliare dismesso di cui all' [articolo 91 bis](#) , con particolare riferimento alle attrezzature medico-chirurgiche, anche tramite i soggetti di cui all' [articolo 26 della l. 125/2014](#) . ^[94]

[3.] ^[95]

3. Gli interventi di cui al [comma 2](#) , lettere c) e d) sono realizzati nel rispetto di quanto previsto dalla [l. 125/2014](#) . ^[96]

4. La struttura competente della Giunta regionale individua i beni mobili e ^[97] le attrezzature medico chirurgiche di cui al [comma 2, lettera d\)](#) .

Art. 108

(Accesso a trattamenti terapeutici per i cittadini consumatori di sostanze psicoattive o in stato di dipendenza)

1. La Regione, nel rispetto dell' [articolo 13 dello Statuto regionale](#) , contribuisce alla tutela della salute dei cittadini consumatori di sostanze psicoattive o in stato di dipendenza al fine di favorire l'inclusione sociale e il recupero psicofisico, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, della qualità e dell'appropriatezza delle cure in rapporto a specifiche esigenze e bisogni di salute.

2. L'accesso a trattamenti terapeutici appropriati per problematiche relative al consumo di sostanze psicoattive o allo stato di dipendenza avviene in presenza di accertato bisogno, diagnosticato e certificato esclusivamente da parte dei servizi pubblici dedicati delle Aziende unità sanitarie locali.

3. Le persone sottoposte a sanzioni per consumo di sostanze illegali, comminate ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309](#) (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), accedono a trattamenti terapeutici appropriati solo in caso di accertato bisogno, certificato esclusivamente da parte dei servizi pubblici dedicati delle Aziende unità sanitarie locali.

4. La certificazione di cui al [comma 1](#) è esentata dall'esplicitazione delle metodiche di accertamento.

Capo II

Modalità di esercizio delle funzioni concernenti il riconoscimento della invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità

Art. 109

(Commissioni mediche per accertamenti sanitari)

1. Il presente Capo disciplina la composizione e le modalità di funzionamento delle commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti sanitari relativi al riconoscimento degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, di cui alle leggi [27 maggio 1970, n. 382](#) (Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili), [26 maggio 1970, n. 381](#) (Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti), ^[98] [15 ottobre 1990, n. 295](#) (Modifiche ed integrazioni all' [articolo 3 del d.l. 30 maggio 1998, n. 173](#) , convertito, con modificazioni, dalla [l. 26 luglio 1988, n. 291](#) , in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti) e [5 febbraio 1992, n. 104](#) (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), per tutti i soggetti aspiranti ad ottenere la pensione, l'assegno o l'indennità di invalidità civile ovvero altri benefici previsti dalla vigente legislazione.

2. Il presente Capo disciplina, altresì, le funzioni e i compiti riservati alla Regione in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità.

Art. 110

(Funzioni esercitate dalle Aziende sanitarie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Indennizzi per soggetti danneggiati)

1. Gli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità di cui all' [articolo 109](#) , in conformità al principio di separazione del procedimento di accertamento sanitario dal procedimento per la concessione delle provvidenze economiche di cui all' [articolo 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537](#) (Interventi correttivi di finanza pubblica), sono svolti dalle Aziende unità sanitarie locali tramite le commissioni mediche operanti presso di esse, composte come previsto dall' [articolo 112](#) .

2. Sono trasferite alle Aziende unità sanitarie locali le funzioni in materia di indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, di cui alla [legge 25 febbraio 1992, n. 210](#) (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), nonché a causa di vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria, di cui all' [articolo 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362](#) "Disposizioni urgenti in materia sanitaria". I fondi per l'esercizio delle funzioni di cui al precedente periodo sono ripartiti tra le Aziende unità sanitarie locali, sulla base delle comunicazioni trimestrali contenenti l'ammontare degli importi dovuti per l'erogazione degli indennizzi ai soggetti aventi diritto e residenti nell'Azienda territorialmente competente. La Giunta regionale con propria deliberazione stabilisce le modalità di attuazione del presente comma anche al fine di omogeneizzare le procedure e la modulistica su tutto il territorio regionale.

Art. 111

(Costituzione delle commissioni mediche)

1. Ciascuna Azienda unità sanitaria locale, sulla base del numero delle domande da evadere e tenendo conto dei tempi di accertamento fissati dall' [articolo 113](#) , commi 3 e 4, costituisce una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti sanitari relativi al riconoscimento dello stato di invalidità civile , cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità^[99] .

[2.] ^[100]

2. Le commissioni mediche, di cui al [comma 1](#) , operano nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda unità sanitaria locale che le ha costituite, così come individuato nella tabella Allegato A (Ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali) di cui all' [articolo 18](#) . ^[101]

[3.] ^[102]

Art. 112

(Composizione delle commissioni)

1. Ciascuna commissione è presieduta da un medico specialista in medicina legale scelto tra i medici dipendenti convenzionati dell'Azienda USL. Nel caso di comprovata impossibilità a reperire specialisti in medicina legale possono essere nominati medici che svolgono, da almeno cinque anni, attività in servizi di medicina legale ovvero, in subordine, che siano stati membri, per almeno un quinquennio negli ultimi dieci anni, di commissioni mediche incaricate degli accertamenti di cui al presente Capo.

2. Le commissioni, oltreché dal presidente, sono composte:

a) per gli accertamenti di invalidità civile, da due medici dipendenti dell'Azienda USL o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro;

[b)] ^[103]

b) per gli accertamenti sanitari relativi alle condizioni visive, in conformità a quanto stabilito dalla [l. 382/1970](#) , da due medici dipendenti dell'Azienda USL o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, uno dei quali scelto tra gli specialisti in oftalmologia; ^[104]

[c)] ^[105]

c) per gli accertamenti sanitari relativi alla sordità civile, in conformità a quanto stabilito dalla [l. 381/1970](#) , da due medici dipendenti dell'Azienda USL o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, uno dei quali scelto tra gli specialisti in otorinolaringoiatria; ^[106]

c-bis) per gli accertamenti sanitari relativi alle minorazioni di cui all' [articolo 3, comma 1 della l. 104/1992](#) , da due medici dipendenti dell'Azienda USL o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, uno dei quali scelto tra gli specialisti in psichiatria, nonché da un operatore sociale e da un esperto dell'area specialistica riferita al caso da esaminare, in servizio presso le Aziende USL. ^[107]

[3.] ^[108]

3. Alle sedute delle Commissioni partecipa un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC), dell'Unione italiana ciechi (UIC), dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti (ENS) e dell'Associazione nazionale delle famiglie dei fanciulli ed adulti subnormali

(ANFFAS), ogni qualvolta le Commissioni devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia. ^[109]

4. Le funzioni di segretario sono esercitate da un dipendente dell'Azienda USL appartenente ai profili professionali degli assistenti amministrativi o del personale amministrativo laureato.

5. Per ciascun membro effettivo delle commissioni mediche, ivi compreso il segretario, è nominato, con le stesse modalità, un membro supplente che partecipa alle riunioni solo in caso di assenza o di impedimento del titolare.

6. Alle nomine ^[...] ^[110] di cui al [comma 2](#) ^[111] provvede il direttore generale dell'Azienda USL con proprio atto motivato.

^[7.] ^[112]

^[8.] ^[113]

9. Ciascuna commissione è integrata da un medico dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, designato dallo stesso ente, ai sensi dell' [articolo 20, comma 1 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78](#) (Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini) convertito, con modificazioni, nella [legge 3 agosto 2009, n. 102](#).

Art. 113

(Disciplina delle commissioni)

1. Le commissioni mediche assumono decisioni valide con la presenza di almeno tre componenti, uno dei quali deve essere il presidente. Alla formazione del numero legale concorre il sanitario designato in rappresentanza delle associazioni.

2. Le commissioni mediche hanno la durata di cinque anni ed i loro membri , nei limiti della disponibilità degli organici aziendali, ^[114] non possono essere riconfermati.

3. Le commissioni provvedono ad effettuare gli accertamenti di cui al presente Capo, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricevimento della istanza.

4. In relazione a specifiche patologie, caratterizzate da esiti non stabilizzati il termine di cui al [comma 3](#) può essere differito sulla base di convalidati criteri medico legali. Resta fermo che i benefici eventualmente riconosciuti hanno comunque decorrenza dalla data di presentazione della domanda.

Art. 114

(Compensi)

1. La disciplina dei compensi è stabilita dalle Aziende USL con atto del Direttore generale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia.

Art. 115

(Funzioni per la concessione di provvidenze economiche in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità)

1. Ai sensi dell' [articolo 20 del d.l. n. 78/2009](#) , a decorrere dal 1 gennaio 2010, le attività relative all'esercizio delle funzioni per la concessione delle provvidenze economiche nei procedimenti in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità sono affidate all'INPS che le esercita con la massima efficienza e trasparenza.

2. La Regione stipula con l'INPS apposita convenzione che regola gli aspetti tecnico procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento di cui al [comma 1](#) .

3. La convenzione di cui al [comma 2](#) definisce, in particolare, le modalità concernenti:

a) le procedure e lo scambio reciproco di dati, anche attraverso cooperazione applicativa, tra sistema informativo INPS e sistemi informatici della Regione, in ordine alle fasi del procedimento di cui al [comma 1](#) ;

b) gli standard di sicurezza di trasmissione dei dati personali;

c) lo svolgimento, da parte dell'INPS, dell'attività istruttoria e di concessione delle provvidenze economiche;

d) la gestione amministrativa delle provvidenze economiche, compresi i relativi controlli di permanenza del diritto anche nella fase transitoria;

e) la tutela della privacy;

f) lo svolgimento di attività di monitoraggio e verifica delle attività previste dalla convenzione.

Art. 116

(Benefici aggiuntivi)

1. Sono riservati alla Regione le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla determinazione, per tutto il territorio regionale, di eventuali benefici aggiuntivi ai sensi dell' [articolo 130, comma 2 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112](#) (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti locali in attuazione del [Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59](#)). -

TITOLO XIV

AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO, RILASCIO DI NULLA OSTA

Capo I

Autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie

Art. 117

(Autorizzazioni sanitarie)

[1.] [\[115\]](#)

1. La Giunta regionale disciplina, con norme regolamentari, le modalità e i termini per la richiesta e il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all' [articolo 8-ter del d.lgs. 502/1992](#) da parte di strutture pubbliche e private, nel rispetto del [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#) (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private). [\(5\)](#) [\[116\]](#)

1 bis. Le norme regolamentari di cui al [comma 1](#) , nel rispetto dei criteri di semplificazione amministrativa, trasparenza e pubblicità, dovranno garantire la sicurezza delle attività sanitarie erogate nelle strutture pubbliche e private e promuovere la qualità delle strutture sanitarie e dei processi di cura. [\[117\]](#)

1 ter. La Giunta regionale, con le norme regolamentari di cui al [comma 1](#) , disciplina inoltre:

a) le modalità e i termini per la richiesta e il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie da parte degli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al [comma 2 dell'articolo 8-ter del d.lgs. 502/1992](#) , nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti per l'esercizio dell'attività;

b) le modalità di comunicazione di avvio dell'esercizio dell'attività, nel rispetto dell' [articolo 19 della l. 241/1990](#) , nonché le verifiche da svolgere ai sensi del [comma 4](#) del presente articolo, nel caso di studi che non necessitano della suddetta autorizzazione.

[\[118\]](#)

2. La Giunta regionale stabilisce con norme regolamentari, nel rispetto dei requisiti minimi previsti dal [d.p.r. 14 gennaio 1997](#) , i requisiti aggiuntivi finalizzati a garantire la sicurezza delle strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni.

3. Le strutture già autorizzate ed in esercizio ai sensi dell' [articolo 8-ter del d.lgs. 502/1992](#) si adeguano ai requisiti aggiuntivi di cui al [comma 2](#) nei tempi e con le modalità stabilite dalle norme regolamentari di cui allo stesso comma.

4. La verifica del possesso e del mantenimento dei suddetti requisiti viene effettuata dalla Giunta regionale che può avvalersi delle apposite strutture delle aziende unità sanitarie locali.

Art. 118

(Accreditamento istituzionale)

1. L'accREDITAMENTO istituzionale, di cui all' [articolo 8-quater del d.lgs. 502/1992](#) , è rilasciato dalla Giunta regionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta e siano in possesso di requisiti ulteriori di qualificazione oltre a quelli previsti per l'autorizzazione.

2. L'accREDITAMENTO istituzionale di cui al [comma 1](#) è rilasciato secondo quanto stabilito dal [reg. reg. 31 luglio 2002, n. 3](#) (Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie) e dalle altre norme regionali di riferimento, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;

b) adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali tecnologiche ed organizzative;

c) equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;

d) congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;

e) presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali;

f) presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità;

g) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

[Capo II] [\[119\]](#)

Capo III

Rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti comportanti esposizioni a scopo medico

Art. 130

(Nulla osta - Domanda e Autorità competente)

1. L'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti comportanti esposizioni a scopo medico, in attuazione all' [articolo 29, comma 2 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230](#) (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti, 2009/71/Euratom in materia di sicurezza nucleare degli impianti nucleari e 2011/70/Euratom in materia di gestione sicura del combustibile esaurito e dei rifiuti radioattivi derivanti da attività civili), è soggetto a nulla osta preventivo, fatte salve le esenzioni previste dalla normativa vigente.
2. L'Autorità competente all'adozione dei provvedimenti previsti dal presente Capo, di seguito denominata "Autorità", è il responsabile del Servizio della Direzione regionale competente cui sono attribuite le relative funzioni.
3. La domanda di nulla osta è presentata alla Direzione regionale competente e contiene i dati e gli elementi relativi al tipo di pratica che si intende svolgere, alle caratteristiche delle macchine radiogene e al tipo e alle quantità di materie radioattive che si intendono impiegare, alle modalità di produzione e smaltimento di rifiuti, all'eventuale riciclo o riutilizzazione dei materiali, all'identificazione dei rischi per la popolazione e per i lavoratori ammessi all'esercizio della pratica.
4. La domanda è corredata dalla documentazione redatta e firmata, per la parte di propria competenza, dall'esperto qualificato di cui all' [articolo 77 del d.lgs. 230/1995](#) .
5. Le modalità di cui ai commi 3 e 4 si osservano anche per le domande relative alla modifica del nulla osta.

Art. 131

(Commissione per la radioprotezione)

1. È istituita, presso la Direzione regionale competente, la Commissione per la radioprotezione, di seguito denominata "Commissione", organismo tecnico consultivo ai sensi dell' [articolo 29, comma 2, del d.lgs. 230/1995](#) , a cui sono attribuiti i seguenti compiti:
 - a) esprimere parere tecnico obbligatorio preventivo sulle istanze ai fini del rilascio del nulla osta per le attività comportanti esposizione a radiazioni ionizzanti a scopo medico di categoria B;
 - b) assicurare il supporto tecnico all'Autorità ai fini del parere per il rilascio del nulla osta di categoria A, ai sensi dell' [articolo 28 del d.lgs. 230/1995](#) ;
 - c) esprimere parere tecnico sulle istanze per il rilascio del nulla osta di categoria B, per scopi diversi da quello medico, su eventuale richiesta del Prefetto, ai sensi dell' [articolo 29, comma 2 secondo periodo del d.lgs. 230/1995](#) .
2. La Commissione è presieduta dal dirigente del Servizio regionale competente o da un suo delegato, ed è composta da:
 - a) un fisico esperto in fisica medica, come definito ai sensi del [decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187](#) , articolo 2, comma 1, lettera i);
 - b) un esperto qualificato iscritto all'elenco di cui all' [articolo 78 del d.lgs. 230/1995](#) , con abilitazione almeno di secondo grado;
 - c) un medico specialista in medicina nucleare o in radioterapia o, in caso di non disponibilità di tali specialisti, in radiodiagnostica;
 - d) un medico specialista in medicina del lavoro, preferibilmente in possesso della qualifica di medico autorizzato di cui all' [articolo 88 del d.lgs. 230/1995](#) ;
 - e) un rappresentante dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.);
 - f) un rappresentante della Direzione territoriale del lavoro;
 - g) un rappresentante del Comando provinciale dei vigili del fuoco.
3. La Commissione è integrata da un rappresentante della Prefettura presso la quale è istruita la pratica di cui all' [articolo 29, comma 2, secondo periodo del d.lgs. 230/1995](#) .
4. La Commissione dura in carica tre anni ed è costituita con decreto del Presidente della Giunta regionale, sulla base delle designazioni effettuate dalla Giunta regionale, con riferimento ai membri di cui alle lettere a), b), c), d) del [comma 2](#) e dagli organismi previsti dalle lettere e), f), g) del [comma 2](#) e dal [comma 3](#) .

5. La Commissione, una volta insediata, approva il regolamento organizzativo che disciplina, in particolare, la periodicità delle riunioni, le modalità di valutazione tecnica delle richieste di parere, il numero minimo di partecipanti ai fini della valida espressione dei pareri. La Direzione regionale competente assicura il supporto organizzativo alla Commissione.

6. La disciplina dei compensi ai componenti della Commissione per la radioprotezione, estranei alla Amministrazione regionale, è stabilita dalla Giunta regionale con proprio atto, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

Art. 132

(Rilascio nulla-osta)

1. L'Autorità provvede sulle istanze per il rilascio del nulla osta e relative modifiche, acquisito il parere della Commissione di cui all' [articolo 131](#) , entro novanta giorni dal ricevimento della istanza e comunica immediatamente all'interessato l'esito del procedimento. Copia dei provvedimenti viene inviata all'Azienda U.S.L. competente per territorio, al Comando provinciale dei vigili del fuoco, alla Direzione territoriale del lavoro, all'A.R.P.A. e all'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente (A.N.P.A.).

2. La Commissione esprime il proprio parere entro sessanta giorni dalla data della richiesta da parte della Autorità. Qualora siano necessari ulteriori documenti o elementi conoscitivi, i termini di cui al [comma 1](#) e al presente comma sono interrotti per una sola volta e ricominciano a decorrere dall'inizio, a partire dalla data di ricevimento dei documenti e/o degli elementi conoscitivi richiesti.

3. Nel caso di cui alla [lettera c\) del comma 1 dell'articolo 131](#) , il parere della Commissione deve essere espresso entro novanta giorni dalla richiesta e immediatamente comunicato al Prefetto, ferma restando la possibilità di interruzione del termine di cui al [comma 2](#) .

Art. 133

(Prescrizioni nel nulla-osta)

1. Nel nulla osta sono inserite eventuali specifiche prescrizioni tecniche relative:

a) alle fasi di costruzione, di prova e di esercizio, alla gestione dei rifiuti radioattivi, al riciclo dei materiali, alla cessazione dell'attività e alla disattivazione degli impianti, compresa l'eventuale copertura finanziaria per la disattivazione medesima;

b) al valore massimo di dose derivante dall'attività per gli individui dei gruppi di riferimento della popolazione ad essa interessata, tenendo conto dell'esposizione esterna e dell'esposizione interna;

c) allo smaltimento di materie radioattive nell'ambiente;

d) agli aspetti della radioprotezione del paziente.

Art. 134

(Aggiornamento, variazioni, modifiche)

1. Ogni sette anni, a decorrere dalla data di rilascio, il titolare del nulla osta ha l'obbligo di inoltrare all'Autorità, che la trasmette per il parere alla Commissione, una relazione tecnica, sottoscritta, per la parte di propria competenza, dall'esperto qualificato di cui all' [articolo 77 del d.lgs. 230/1995](#) , relativa alla gestione radioprotezionistica dell'attività con l'aggiornamento della documentazione originariamente prodotta.

2. Le variazioni nello svolgimento dell'attività che non comportino modifiche del provvedimento autorizzativo o delle prescrizioni tecniche in esso contenute sono soggette a preventiva comunicazione all'Autorità. Il titolare del nulla osta può adottare le variazioni qualora, entro sessanta giorni dalla richiesta, l'Autorità non abbia comunicato l'avvio del procedimento di modifica del nulla osta.

3. Il nulla osta può essere modificato dall'Autorità competente nei seguenti casi:

a) ove ritenuto necessario, a seguito del parere della Commissione sulla relazione tecnica di cui al [comma 1](#) ;

b) su richiesta del titolare del nulla osta, in caso di variazioni che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o alle prescrizioni tecniche;

c) su richiesta degli organi di vigilanza individuati al [comma 1 del dell'articolo 136](#) .

Art. 135

(Cessazione, revoca, sospensione)

1. La comunicazione di cessazione dell'attività oggetto del nulla-osta deve essere trasmessa, almeno trenta giorni prima della data di cessazione, all'Autorità e, in copia, ai soggetti di cui al [comma 1 dell'articolo 132](#) .

2. Alla comunicazione deve essere allegata una relazione sottoscritta, per gli aspetti di propria competenza, dall'esperto qualificato, di cui all' [articolo 77 del d.lgs. 230/1995](#) , che attesti, in particolare, il rispetto delle eventuali prescrizioni contenute nel nulla osta, inerenti la disattivazione dell'attività.

3. Al termine delle operazioni di cessazione dell'attività l'esercente trasmette all'Autorità una relazione, sottoscritta dall'esperto qualificato per gli aspetti di propria competenza, che attesti l'assenza di vincoli di natura radiologica nelle installazioni in cui l'attività è stata effettuata.

4. L'Autorità provvede, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di cui al [comma 3](#) , sentito il parere della Commissione, alla revoca del nulla osta, disponendo l'adozione di eventuali ulteriori prescrizioni.

5. L'Autorità procede alla sospensione o alla revoca del nulla osta nei casi e con le modalità previste dall' [articolo 35 del d.lgs. 230/1995](#) .

6. Copia della revoca e della sospensione del nulla osta è inviata ai soggetti di cui al [comma 1 dell'art. 132](#) .

Art. 136

(Vigilanza)

1. Le funzioni di vigilanza sul possesso del nulla osta e sul rispetto, da parte del titolare, delle prescrizioni inserite nel nulla osta sono esercitate dagli organismi di cui all' [articolo 59, comma 2 del d.lgs. 230/1995](#) nonché dall'A.R.P.A., quest'ultima per quanto attiene gli aspetti ambientali. Detti organismi comunicano all'Autorità competente le violazioni rilevate, ai fini dell'adozione dei provvedimenti di cui all' [articolo 135](#) .

TITOLO XV**PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE****Capo I****Regolamentazione del servizio di assistenza dei nefropatici cronici****Art. 137**

(Organizzazione dell'assistenza ai nefropatici cronici)

1. La Regione istituisce il servizio dialisi per l'assistenza dei nefropatici cronici per i quali non sia necessario procedere a ricovero ospedaliero secondo le modalità di cui al presente Capo e può concedere, nelle fattispecie e nei limiti previsti dalla disposizioni vigenti in materia, contributi per trapianti renali.

2. L'assistenza di cui al [comma 1](#) consiste:

a) nel trattamento conservativo medico, affidato ai servizi dialisi, fatti salvi gli oneri incombenti sugli enti gestori dell'assicurazione contro le malattie;

b) nella consulenza per il trattamento dietetico, affidato ai servizi dialisi;

c) nell'assistenza per l'adeguamento dell'attività lavorativa al grado di invalidità che spetta ai servizi competenti delle Aziende U.S.L.;

d) nei trattamenti dialitici, domiciliari o ambulatoriali ad assistenza limitata secondo le norme di cui agli articoli 138 e 139;

e) nella consulenza telefonica per il paziente in trattamento dialitico domiciliare e per il suo assistente, di cui all' [articolo 140](#) ;

f) nel trasporto dal domicilio al servizio di trattamento dialitico;

g) nell'addestramento del personale di assistenza al trattamento dialitico secondo le norme previste all' [articolo 142](#) .

Art. 138

(Dialisi domiciliare)

1. Per trattamento dialitico domiciliare si intende una tecnica affidata, nella sua condotta operativa, direttamente al paziente, che la effettua senza la presenza di personale sanitario o con l'ausilio di un familiare o terzo da lui designato, entrambi addestrati dal servizio dialitico ospedaliero.

Art. 139

(Dialisi ambulatoriale ed assistenza limitata)

1. Per trattamento dialitico ambulatoriale ad assistenza limitata si intende una tecnica affidata ad un operatore sanitario che assiste nell'ambito dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri anche più pazienti contemporaneamente.

Art. 140*(Consulenza telefonica)*

1. L'Azienda sanitaria organizza presso il servizio dialitico la consulenza telefonica, per il paziente in trattamento domiciliare e per il suo assistente, nelle ore concordate per l'effettuazione della dialisi.
 2. Il paziente ed il suo assistente debbono segnalare qualsiasi situazione che, a loro giudizio, si discosti dal normale svolgimento del trattamento dialitico e, in caso di incidente, debbono immediatamente collegarsi con il servizio.
 3. Attraverso la consulenza telefonica il medico del servizio dialisi consiglia la soluzione più opportuna, assicura, in caso di necessità, il pronto intervento tecnico del servizio stesso e decide il ricovero di urgenza.
 4. Il servizio dialisi non risponde alle conseguenze derivanti da irreperibilità o mancata disponibilità nel caso di collegamenti telefonici per trattamenti dialitici effettuati in orari non concordati.
-

Art. 141*(Responsabilità)*

1. I servizi dialisi autorizzati dagli atti di programmazione regionale hanno la responsabilità tecnica dell'assistenza dei pazienti in dialisi domiciliare ed ambulatoriale ad assistenza limitata.
 2. Il personale di altri presidi utilizzato per tale assistenza dipende funzionalmente dai servizi dialisi.
 3. L'Azienda USL assicura i collegamenti con i servizi dialisi sia per effettuare il trattamento dialitico sia per gli interventi conservativi medici e dietetici.
-

Art. 142*(Corsi di addestramento)*

1. Il paziente, il suo assistente e l'operatore di cui all' [articolo 139](#) vengono messi in grado di attendere al trattamento dialitico domiciliare e ambulatoriale ad assistenza limitata attraverso la frequenza di corsi appositi autorizzati dalla Giunta regionale presso i servizi dialisi ai quali gli interessati sono obbligati a partecipare se intendono avvalersi del servizio.
-

Art. 143*(Contributi spese telefoniche)*

1. La Giunta regionale può concedere ai nefropatici non abbienti un contributo per l'installazione dell'apparecchio telefonico a domicilio.
-

Art. 144*(Doveri del paziente nell'esercizio della dialisi domiciliare)*

1. Le sedute di dialisi devono avvenire nei giorni e nelle ore concordate con il servizio dialisi. Qualsiasi seduta di dialisi in ore e giorni diversi da quelli fissati deve essere concordata oppure, in caso di emergenza, tempestivamente segnalata. Il servizio dialisi non risponde delle conseguenze di una mancata reperibilità degli operatori sanitari se la dialisi viene eseguita in orari non concordati.
 2. Il paziente deve condurre il trattamento secondo le regole apprese durante il corso accettando inoltre eventuali variazioni ritenute necessarie dai medici responsabili del programma o imposte dagli sviluppi del programma stesso. Non sono consentite variazioni se non preventivamente concordate con il servizio dialisi.
 3. Il paziente deve dare tempestivamente segnalazioni di qualsiasi situazione anormale o di incidente di qualsiasi entità al servizio dialisi che impartirà le opportune istruzioni.
-

Art. 145*(Norme di indirizzo per i corsi)*

1. La Giunta regionale con proprio regolamento disciplina la durata, il contenuto, lo svolgimento dei corsi e la nomina dei docenti, stabilisce i requisiti per l'ammissione, la composizione delle commissioni giudicatrici le modalità relative alla distribuzione, uso delle apparecchiature e dei materiali, nonché le garanzie assicurative.
-

Capo II*Istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti oncologici terminali***Art. 146***(Programma di ospedalizzazione domiciliare)*

1. Al fine di assicurare un'assistenza domiciliare qualificata ai pazienti oncologici terminali, la Giunta regionale, sentite le Aziende sanitarie regionali, predispone un programma di ospedalizzazione domiciliare che ha validità per la durata del Piano sanitario regionale di cui costituisce parte integrante.

2. Il programma contiene l'indicazione delle forme di erogazione dell'assistenza, le modalità per la determinazione della riduzione effettiva della spesa nella struttura, le procedure per garantire l'intervento domiciliare nella misura della riduzione della spesa effettivamente conseguita.

Art. 147

(Promozione e coordinamento)

1. La Giunta regionale promuove e coordina il servizio per il trattamento a domicilio dei pazienti colpiti da neoplasia in fase terminale, nelle Aziende sanitarie regionali, nei casi in cui è possibile la sostituzione delle cure da effettuare in costanza di ricovero con cure presso il domicilio.

Art. 148

(Richiesta ed autorizzazione)

1. Ciascuna ospedalizzazione domiciliare di pazienti oncologici terminali viene attivata su richiesta del paziente o della famiglia con il parere del medico di medicina generale e previa autorizzazione del presidio ospedaliero pubblico presso il quale il paziente è in cura.

Art. 149

(Trattamento domiciliare)

1. Il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego, da parte delle Aziende sanitarie regionali competenti per territorio, di personale specializzato con particolare riferimento alle specifiche esperienze di terapia del dolore, già maturate nelle singole aziende sanitarie.

2. Il programma di ospedalizzazione domiciliare di cui all' [art. 146](#) può essere attuato, su richiesta dei pazienti o delle famiglie, anche presso residenze collettive o case alloggio a favore di quei soggetti affetti da malattia oncologica con gravi limitazioni dell'autosufficienza o terminali, che non possono essere accolti nell'ambito familiare.

3. Il trattamento domiciliare può essere attuato anche con il concorso di organizzazioni di volontariato, di cui al presente Testo unico, all'uopo convenzionate.

Art. 150

(Convenzioni)

1. La Giunta regionale predispone uno schema di convenzione tipo da stipularsi da parte delle Aziende sanitarie regionali con le organizzazioni di volontariato di cui all' [art. 149, comma 3](#).

2. La convenzione disciplina in particolare modalità e termini del concorso delle organizzazioni di volontariato alla operatività del servizio, le modalità e la misura del contributo pubblico, le forme di controllo delle Aziende sanitarie regionali sulle modalità di eventuale utilizzazione presso il domicilio di farmaci, compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero, come previsto dal [comma 1, dell'art. 6 del d.p.r. 20 ottobre 1992](#).

Capo III

Norme per la razionalizzazione dei servizi trasfusionali e la promozione della donazione del sangue

Art. 151

(Promozione donazione del sangue)

1. Il presente Capo contiene disposizioni per la promozione e la razionalizzazione della attività di donazione volontaria del sangue, riconoscendo la funzione civica, sociale e solidaristica delle associazioni aventi come fine istituzionale tale attività.

Art. 152

(Rinvio al piano sanitario regionale)

1. Il piano sanitario regionale, nel rispetto delle disposizioni statali in materia, determina criteri ed indirizzi per l'organizzazione, il funzionamento e il coordinamento dei servizi inerenti la raccolta, preparazione, conservazione del sangue umano per uso trasfusionale, prevedendo a tale scopo la creazione di un sistema regionale trasfusionale unitario (S.T.U.).

[**Art. 153**] [\[120\]](#)

Art. 153

(Struttura regionale di coordinamento)

1. Il Centro Regionale Sangue, istituito con deliberazione della Giunta regionale, in attuazione della [legge 21 ottobre 2005, n. 219](#) (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati) e

dell'Accordo Stato Regioni del 13 ottobre 2011, è la Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) della Regione.

2. La SRC è la struttura tecnico-organizzativa che garantisce lo svolgimento delle attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, in sinergia con il Centro Nazionale Sangue. Sono inoltre affidate a tale struttura le attività di coordinamento del sistema sangue regionale in tutti gli ambiti definiti dalla normativa vigente in materia di attività trasfusionali, al fine di garantire il costante perseguimento degli obiettivi di sistema, rendere omogenei i livelli di qualità, sicurezza, standardizzazione e contribuire al perseguimento dell'appropriatezza in medicina trasfusionale su tutto il territorio della Regione.

3. La Giunta regionale stabilisce, con proprio atto, la composizione e le modalità di funzionamento della SRC.

[121]

Art. 154

(Volontariato)

1. La Regione riconosce che l'attività di propaganda e l'organizzazione dei donatori da parte delle associazioni del volontariato costituiscono momenti fondamentali ed insostituibili per garantire ai presidi sanitari delle aziende sanitarie della Regione il soddisfacimento delle esigenze di sangue e dei relativi derivati.

2. Allo scopo di ottenere un incremento delle unità-sangue donate, la Regione [...] [122], in attuazione dell' [articolo 6, comma 1, lettera b\) della l. 219/2005](#) e sulla base di quanto definito nel relativo Accordo attuativo stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 20 marzo 2008, ed in particolare dello schema tipo per la stipula di convenzioni, garantisce il rimborso dei costi dell'attività associativa nonché della eventuale attività di raccolta. [123] all'Associazione Volontari Italiani del Sangue (AVIS) regionale e alle altre associazioni esistenti e costituite nella Regione, ai sensi dell' [articolo 7 della legge 21 ottobre 2005, n. 219](#) (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati).

[3.] [124]

[4.] [125]

Art. 155

(Convenzioni)

1. Il concorso delle associazioni di volontariato alle attività dei servizi delle aziende sanitarie dell'Umbria per la raccolta, preparazione, conservazione e distribuzione del sangue è regolato, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali vigenti, mediante convenzione, da stipulare tra ciascuna aziende sanitarie e le associazioni operanti nel territorio di competenza.

2. La convenzione deve prevedere la costituzione e la disciplina di funzionamento di un Comitato paritetico composto di un pari numero di rappresentanti delle aziende sanitarie e delle associazioni, per la verifica dell'attuazione della stessa e la partecipazione alle sedute del Comitato del responsabile del servizio trasfusionale dell'azienda sanitaria.

Capo IV

Norme Human Immunodeficiency Virus (H.I.V.) per la limitazione dell'infezione da e del fenomeno dell'abbandono delle siringhe usate

Art. 156

(Azioni volte a limitare l'infezione da H.I.V. e altre infezioni virali sangue correlate e il fenomeno dell'abbandono di siringhe usate)

1. La Regione, al fine del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini e di creazione di un moderno ed integrale sistema di sicurezza sociale previsto dall' [art. 13 dello Statuto](#), promuove azioni volte a limitare l'infezione da H.I.V. e altre infezioni virali sangue correlate e il fenomeno dell'abbandono di siringhe usate.

Art. 157

(Acquisto ed installazione di distributori)

1. Per il raggiungimento delle finalità di cui all' [art. 156](#), le Aziende USL d'intesa con i Comuni interessati, provvedono all'acquisto ed alla installazione nel proprio territorio di distributori scambiatori automatici di siringhe monouso e di distributori automatici di profilattici.

2. L'installazione dei distributori di cui al [comma 1](#) è inoltre disposta, d'intesa con le autorità competenti, negli Istituti di prevenzione e pena, nelle Caserme, negli Istituti di scuola media superiore e nelle Università, salvaguardando le esigenze di riservatezza dei soggetti utilizzatori.

3. Per gli interventi programmati nei confronti delle realtà scolastiche, l'intesa di cui al [comma 2](#) dovrà prevedere metodologie, procedure anche finanziarie e di informazione capaci di determinare le più ampie convergenze tra le autorità scolastiche, le famiglie e gli studenti.

Art. 158*(Localizzazione dei siti e gestione dei distributori)*

1. I Comuni interessati provvedono alla gestione dei distributori di cui all' [art. 157](#) mediante le farmacie comunali, siano esse associate in aziende che direttamente gestite.
 2. I Comuni interessati che non dispongono di farmacie comunali operanti sul territorio, possono convenzionarsi con le altre farmacie aperte al pubblico per garantire il servizio.
 3. Nell'espletamento dei compiti di cui al [comma 1](#) i Comuni si avvalgono della collaborazione dei servizi di assistenza per la tossicodipendenza presso le Aziende USL di cui all' [art. 27 della legge 26 giugno 1990, n. 162](#) (Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della [L. 22 dicembre 1975, n. 685](#) , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza).
-

Art. 159*(Raccolta e distribuzione delle siringhe usate)*

1. I Comuni e le Aziende USL usufruiscono delle strutture abilitate allo smaltimento dei rifiuti speciali e/o tossici per la raccolta e la distribuzione delle siringhe usate.
-

Art. 160*(Conferenza regionale permanente)*

1. È istituita la «Conferenza regionale permanente per le tossicodipendenze da droga, sostanze stupefacenti o psicotrope», con compiti di informazione, consultazione, studio e raccordo delle attività di prevenzione, cura e recupero socio-sanitario, svolte in tutto il territorio della Regione in materia di tossicodipendenza.
 2. La Conferenza è presieduta dal Presidente della Giunta regionale o da un suo delegato.
 3. La Conferenza si compone:
 - a) di un rappresentante per ogni Azienda USL;
 - b) di un rappresentante per ogni Comune con popolazione superiore ai 30.000 abitanti e di tre rappresentanti degli altri Comuni, designati dall'A.N. [C.I.](#) ;
 - c) di un rappresentante per Provincia;
 - d) di cinque rappresentanti scelti dalla Giunta regionale, sulla base di oggettivi criteri di rappresentatività con particolare riguardo alla consistenza ed alla territorialità, fra quelli designati dalle Associazioni di cui all' [art. 371](#) ;
 - e) di tre rappresentanti designati dalle Comunità terapeutiche
 - f) di dieci rappresentanti, degli studenti eletti negli organismi rappresentativi degli Istituti superiori e universitari, designati dai rispettivi organi collegiali e scelti dalla Giunta regionale sulla base di oggettivi criteri di rappresentatività con particolare riguardo alla loro consistenza ed alla territorialità.
 4. La nomina dei componenti la Conferenza è effettuata con decreto del Presidente della Giunta regionale.
 5. Alla Conferenza sono invitati i responsabili dei competenti uffici delle amministrazioni statali interessate alla prevenzione ed al recupero dalle tossicodipendenze.
 6. La Conferenza dura in carica cinque anni ed ai componenti non spetta alcun compenso.
 7. La Conferenza adotta un regolamento interno con cui disciplina il proprio funzionamento.
-

Art. 161*(Relazione annuale)*

1. La Giunta regionale presenta all'Assemblea Legislativa entro il 30 aprile di ciascun anno, una relazione circa lo stato di applicazione del presente Capo.
-

Capo V*Tutela sanitaria delle attività sportive***Art. 162***(Promozione dell'educazione e tutela dei soggetti che praticano attività motorie e sportive)*

1. La Regione, nell'ambito della programmazione sanitaria, provvede alla promozione dell'educazione e della tutela di coloro che praticano attività motorie e sportive di tipo agonistico e non agonistico quali validi strumenti di prevenzione, di mantenimento e recupero della salute.
-

Art. 163*(Destinatari degli interventi)*

1. Sono sottoposti al controllo sanitario per la certificazione di idoneità all'esercizio delle attività sportive gli atleti che praticano l'attività sportiva in forma agonistica ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982 e per l'attività sportiva non agonistica ai sensi del decreto ministeriale 24 aprile 2013.

2. Ai sensi del decreto 24 aprile 2013 del Ministro della sanità, sono sottoposti al controllo sanitario per la certificazione di idoneità all'esercizio delle attività sportive in forma non agonistica:

a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;

b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI o da società sportive affiliate alle federazioni sportive nazionali o dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e che non siano qualificati atleti agonisti ai sensi del decreto 18 febbraio 1982 del Ministro della sanità;

c) coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali.

Art. 164*(Funzioni della Regione)*

1. La Regione, nella materia regolata dal presente Capo, esercita le funzioni di programmazione, di indirizzo e coordinamento, di controllo e di vigilanza previste all' [art. 5](#) ed inoltre:

a) istituisce il libretto sanitario sportivo dell'atleta di cui all' [art. 167](#) ;

b) nomina i componenti della Commissione medica regionale per i ricorsi avverso i giudizi di non idoneità nella pratica sportiva agonistica di cui all' [art. 170](#) .

Art. 165*(Funzioni delle Aziende USL)*

1. Le Aziende USL nell'esercizio delle competenze loro attribuite dal [d.lgs. 502/1992](#) , nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, operano per il perseguimento delle finalità di cui all' [articolo 162](#) assicurando in particolare:

a) promozione dell'attività fisica rivolta a tutta la popolazione nelle diverse fasce di età con l'obiettivo di favorire uno stile di vita sano e di migliorare lo stato di salute;

b) l'accertamento anche periodico e la certificazione di idoneità psicofisica alle attività sportive svolte in forma agonistica;

c) l'accertamento, anche periodico, e la certificazione di idoneità generica alle attività sportive svolte in forma non agonistica comprese quelle nell'ambito scolastico;

d) l'attività di supporto clinico strumentale per programmi terapeutico-riabilitativi per la popolazione in generale e, in particolare, in favore delle persone disabili;

e) l'organizzazione dei servizi di pronto soccorso, di assistenza e di controllo medico in occasione di manifestazioni o competizioni sportive di particolare rilevanza;

f) lo svolgimento di attività didattiche e di ricerca in campo medico sportivo, in collaborazione con la Federazione medici sportivi italiani (F.M.S.I.) e l'Università degli studi di Perugia.

2. Le Aziende USL attuano, mediante i competenti servizi di igiene e prevenzione dei Dipartimenti igiene e prevenzione, i compiti di vigilanza nei confronti dei centri privati e degli specialisti che operano nel campo della medicina sportiva, secondo le direttive della Giunta regionale.

Art. 166*(Attuazione degli interventi)*

1. Agli accertamenti diagnostici, alle visite mediche di selezione e di controllo periodico, al rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica provvedono, sulla base di piani annuali preventivi delle prestazioni, i servizi di medicina dello sport pubblici o privati accreditati, ai sensi dell' [art. 118](#) .

2. Di norma, si procede all'accreditamento dei soggetti interessati, sia pubblici sia privati, in possesso dei requisiti di legge, nel rispetto del criterio del loro analogo utilizzo.

3. Sono altresì autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica specialisti in medicina dello sport operanti presso strutture sanitarie non accreditate o ambulatori medici privati ai sensi dell' [art. 117](#) . La struttura sanitaria o l'ambulatorio medico devono essere, inoltre, in possesso dei requisiti di organizzazione,

struttura ed attrezzatura determinati dalla Giunta regionale in riferimento a quelli generali e specifici previsti per le strutture accreditate che svolgono attività analoghe.

4. Le certificazioni di cui all' [art. 163, comma 2](#) , redatte in conformità al decreto 24 aprile 2013 del Ministro della sanità e successive modificazioni, sono rilasciate anche dai medici di medicina generale e dagli specialisti pediatri di libera scelta convenzionati con le Aziende USL. In caso di dubbio sull'idoneità del soggetto i medici hanno facoltà di stabilire e richiedere interventi di consulenza e/o accertamenti sanitari presso i Servizi di medicina dello sport pubblici accreditati.

5. Ai soggetti riconosciuti idonei all'attività sportiva agonistica viene rilasciato un certificato di idoneità predisposto in triplice copia, conforme agli schemi approvati con decreto ministeriale 18 febbraio 1982, su modello unico regionale.

6. Una copia del certificato di idoneità è consegnata all'interessato o alla società, un'altra è inviata alla Azienda USL di appartenenza dell'utente. Una copia, unitamente alla documentazione sanitaria relativa agli accertamenti effettuati, deve essere conservata presso la struttura sanitaria che l'ha rilasciata per almeno cinque anni e tenuta a disposizione per legittima richiesta.

7. Qualora l'interessato richieda il rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica ai medici specialisti autorizzati ai sensi del presente articolo, nessun onere può essere posto a carico del Servizio sanitario regionale.

Art. 167

(Libretto sanitario sportivo)

1. La Regione istituisce in collaborazione con il CONI il libretto sanitario sportivo personale, ad uso medico sportivo, valevole dieci anni, sul quale il medico certificante l'idoneità alla pratica sportiva agonistica deve annotare:

a) le generalità dell'atleta;

b) lo sport o gli sport praticati;

c) la società sportiva di appartenenza;

d) la data della visita di idoneità;

e) gli accertamenti eseguiti;

f) l'esito finale della visita;

g) le visite di controllo;

h) la data dell'effettuazione dell'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica. Il libretto sanitario sportivo è rilasciato dall'Azienda USL competente, secondo un modello approvato dalla Giunta regionale ed è strettamente personale.

2. Le visite per l'idoneità alla pratica sportiva devono essere effettuate previa esibizione del libretto sanitario, da restituire al completamento della visita medico-sportiva con le annotazioni contenute nel certificato di cui al [comma 6 dell'art. 166](#) .

Art. 168

(Tutela sanitaria degli atleti disabili)

1. La richiesta di certificazione per l'espletamento di attività sportive da parte di atleti disabili deve essere corredata da certificazione o cartella clinica che attesti l'eziologia della disabilità.

2. La certificazione di idoneità deve fare riferimento alle attività sportive per gli atleti disabili secondo le norme ed i regolamenti della Federazione italiana sport disabili.

3. L'accertamento per gli atleti disabili comporta, ai sensi del decreto 4 marzo 1993 del Ministro della sanità, un giudizio altamente individualizzato, con analisi ed apprezzamento delle condizioni di invalidità del soggetto e delle caratteristiche biomeccaniche e di impegno funzionale dell'attività sportiva da svolgere.

Art. 169

(Controllo anti-doping)

1. I controlli anti-doping sono svolti dal Servizio Sanitario regionale nel rispetto di quanto previsto dalla [legge 26 ottobre 1971, n. 1099](#) (Tutela sanitaria delle attività sportive), del decreto 5 luglio 1975 del Ministro della sanità e dalla [legge 14 dicembre 2000, n. 376](#) (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping).

2. Gli oneri finanziari relativi agli accertamenti sono a carico di chi richiede il controllo.

Art. 170*(Commissione medica regionale per i ricorsi)*

1. Ai soggetti non riconosciuti idonei all'espletamento dell'attività sportiva agonistica viene rilasciato certificato di non idoneità in conformità al decreto 18 febbraio 1982 del Ministro della sanità.
2. In caso di esito negativo degli accertamenti sanitari volti a valutare l'idoneità all'attività sportiva agonistica e non agonistica, gli interessati possono, entro trenta giorni, proporre istanza di revisione alla commissione sanitaria prevista dall'art. 6 del decreto 18 febbraio 1982 del Ministro della sanità e nominata dal Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della stessa. La commissione dovrà pronunciarsi entro i successivi trenta giorni dal ricevimento dell'istanza.
3. La commissione dura in carica cinque anni ed è composta da:
 - a) un medico specialista in medicina dello sport che svolge anche le funzioni di presidente;
 - b) un medico specialista in medicina interna o in materie equivalenti;
 - c) un medico specialista in cardiologia;
 - d) un medico specialista in ortopedia;
 - e) un medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni. I componenti della commissione possono essere riconfermati.
4. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale della Direzione regionale competente.
5. Per ciascun componente effettivo è nominato un supplente che partecipa alle sedute in caso di assenza o impedimento del componente effettivo.
6. Le sedute della commissione sono valide con la presenza di tutti i componenti o degli eventuali sostituti.
7. La disciplina dei compensi ai componenti della Commissione medica regionale per i ricorsi, estranei alla Amministrazione regionale, che grava sul bilancio regionale, è stabilita dalla Giunta regionale con proprio atto, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

Art. 171*(Adempimenti delle società sportive)*

1. Le società sportive sono tenute, sotto la propria responsabilità, a subordinare il tesseramento e la partecipazione degli atleti alle attività sportive, agonistiche e non, alla presentazione di certificazione di idoneità sportiva prevista del presente capo, conservando agli atti la relativa documentazione e verificandone la scadenza e la validità giuridica.
2. Le Società sportive dilettantistiche e professionistiche si dotano di defibrillatori semi automatici ai sensi del D.M. 24 aprile 2013.
3. Gli enti organizzatori di manifestazioni sportive sono tenuti ad assicurare a proprie spese, per i partecipanti alle competizioni, i servizi di assistenza, controllo medico e di pronto soccorso previsti dal regolamento delle federazioni sportive nazionali ed internazionali. Gli enti organizzatori sono tenuti a comunicare alle Aziende USL il calendario delle manifestazioni, perché possano essere predisposti eventuali controlli e il supporto assistenziale.

Capo VI*Istituzione nelle Aziende USL della Regione del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica***Art. 172***(Attivazione di un Servizio di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica)*

1. In ogni distretto sanitario delle Aziende USL della Regione è attivato un Servizio di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica (di seguito denominato Servizio) allo scopo di tutelare e migliorare la salute dei cittadini, di contenere i costi per gli utenti per prestazioni sanitarie e sociali, dando priorità alle fasce più deboli della popolazione, individuate con regolamento regionale, al fine di realizzare altresì un effettivo regime di libera scelta tra servizio pubblico, anche integrato da strutture odontoiatriche private accreditate, e strutture private nel mantenimento di elevati standards qualitativi.
2. Le strutture odontoiatriche private accreditate di cui all' [articolo 173, comma 1, lettera b\)](#), garantiscono all'utente parità di trattamento e di accesso.

Art. 173*(Erogazione dell'assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica)*

1. Le prestazioni di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica di cui al presente Capo sono erogate nell'ambito del territorio regionale:
 - a) dal Servizio attivato nei distretti sanitari delle Aziende USL;

b) dalle strutture odontoiatriche private accreditate, previa stipula di specifici contratti con l'Azienda USL territorialmente competente.

2. La Giunta regionale, con direttiva vincolante, assunta ai sensi dell' [art. 5, comma 3](#) , indica gli standards organizzativi, gestionali e dimensionali cui le Aziende USL devono attenersi per l'attivazione del Servizio.

3. La direttiva di cui al [comma 2](#) dispone, in particolare, che:

a) le dotazioni tecnologiche e le attrezzature dei gabinetti odontoiatrici per l'attivazione del Servizio, sono conformi a quanto previsto dall'Allegato C al [decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 271](#) (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni);

b) il Servizio è articolato in più gabinetti odontoiatrici nell'ambito del territorio di ciascun distretto sanitario, tenuto conto delle dimensioni ed articolazioni territoriali del distretto stesso;

c) le Aziende USL, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 8-quinquies del 502/1992, impiegano medici chirurghi dentisti ed odontoiatri dipendenti e specialisti ambulatoriali convenzionati e che le attività infermieristiche sono assicurate dal personale dipendente della Azienda USL;

d) le Aziende USL nello stipulare i contratti ai sensi del [comma 1, lettera b\)](#) , prevedono l'applicazione da parte delle strutture odontoiatriche private accreditate del nomenclatore tariffario di cui al [comma 4](#) ;

e) la gestione finanziaria del Servizio è separata dal Fondo sanitario regionale.

4. La Giunta regionale, con proprio atto, predispone l'elenco di tutte le prestazioni necessarie ad assicurare l'assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica ed il relativo tariffario, comprensivo altresì dei costi dei materiali (di seguito denominato nomenclatore tariffario), tenendo conto anche del tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Art. 174

(Oneri per gli utenti)

1. È a totale carico degli assistiti la tariffa delle prestazioni previste dalla presente Capo nei limiti delle previsioni del nomenclatore tariffario di cui all' [articolo 173, comma 4](#) .

2. Gli assistiti sono tenuti ad anticipare almeno il trenta per cento della spesa risultante da un preventivo appositamente predisposto dal Servizio o dalle strutture odontoiatriche private accreditate di cui all' [articolo 173, comma 1, lettera b\)](#) ed a versare la quota rimanente dopo l'erogazione delle prestazioni.

3. Restano salvi i diritti degli assistiti esentati dalla spesa sanitaria, ai sensi del [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001](#) (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) e dei provvedimenti relativi adottati dalla Giunta regionale.

Art. 175

(Gestione finanziaria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica)

1. Gli oneri derivanti alle Aziende USL per il Servizio di cui al presente capo sono finanziati attraverso uno speciale Fondo, distinto in spese correnti e spese di investimento, alimentato con le entrate derivanti dalle prestazioni effettuate, restando escluso l'utilizzo di risorse del Fondo sanitario regionale.

Art. 176

(Contributi per l'attivazione del Servizio di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica)

1. Per lo svolgimento del Servizio di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica la Giunta regionale eroga alle Aziende USL contributi sulla base di criteri e modalità stabilite con proprio atto, per attrezzare gabinetti odontoiatrici idonei.

TITOLO XVI

NORME IN MATERIA DI PREVENZIONE

Capo I

Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro

Art. 177

(Campo di applicazione)

1. Il presente capo fissa i principi relativi alla programmazione, organizzazione e gestione delle attività per la prevenzione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, in conformità a quanto previsto in particolare dagli articoli 14, 20 e 21 della [legge 833/1978](#) , e dagli articoli 7, 10, 11, 13 del decreto legislativo del 9 aprile 2008, n. 81

(Attuazione dell' [articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123](#)), in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), in armonia con la programmazione regionale sanitaria e con le linee di indirizzo nazionali.

2. In relazione a quanto stabilito dall' [art. 20](#) , ultimo comma, della [legge 833/1978](#) , la Regione e le Aziende USL realizzano per quanto di competenza le attività di prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro condividendo i piani di attività con le istituzioni e gli enti presenti nel Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e la Sicurezza nei Luoghi di Lavoro previsto dal [DPCM 21 dicembre 2007](#) .

Art. 178

(Compiti della Regione)

1. La Regione promuove la prevenzione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro:

a) delineando strategie ed obiettivi programmatici nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione;

b) promuovendo l'integrazione delle politiche volte a tutelare la salute nei luoghi di lavoro attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all' [articolo 7 del d.lgs. 81/2008](#) .

Art. 179

(Compiti delle Aziende USL)

1. Presso ciascuna Azienda USL è istituito, in seno alla macro-area della prevenzione nei luoghi di lavoro del Dipartimento di Prevenzione, il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (di seguito Servizio PSAL).

Art. 180

(Obiettivi del Servizio PSAL)

1. Al Servizio PSAL compete:

a) garantire le attività di prevenzione e vigilanza in materia di tutela della salute e del benessere dei lavoratori di ogni genere e provenienza, in attuazione di quanto previsto dall' [art. 9 della legge 20 maggio 1970, n. 300](#) [Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento.([Statuto](#) dei Lavoratori)] e dall' [art.13 del d.lgs. 81/ 2008](#) ;

b) garantire lo sviluppo integrato di tutte le attività che competono al Servizio in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro ed il raggiungimento degli obiettivi definiti in sede di programmazione regionale e di Aziende USL, in base alla [l. 833/1978](#) ed al [d.lgs. 81/2008](#) ;

c) fornire alla pubblica amministrazione, alle associazioni imprenditoriali, dei lavoratori e alla società civile supporto consultivo in materia di salute e sicurezza del lavoro ai sensi dell' [art. 10 del d.lgs. 81/2008](#) ;

d) sostenere l'applicazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, anche attraverso attività di informazione, assistenza e coordinamento, finalizzate alla prevenzione dei fattori di rischio e alla rimozione degli elementi di nocività in particolare nei confronti della piccola impresa ai sensi dell' [art. 10 del d.lgs. 81/2008](#) ;

e) favorire la partecipazione delle parti sociali e delle loro rappresentanze al processo di prevenzione, attraverso la periodica informazione sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, anche per il tramite del Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;

f) monitorare i danni da lavoro e le condizioni di rischio lavorativo.

2. Le attività di cui al [comma 1](#) possono essere svolte anche in integrazione con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione e della Azienda USL qualora tale modalità di lavoro determini vantaggio per la collettività.

Art. 181

(Compiti del Servizio PSAL)

1. Il Servizio PSAL raggiunge gli obiettivi di cui all' [art. 180](#) attraverso le seguenti attività:

a) vigilanza e controllo tecnico e amministrativo, anche in riferimento agli aspetti organizzativi del lavoro;

b) emissione di provvedimenti amministrativi o sanzionatori conseguenti alle inosservanze rilevate in corso di vigilanza o finalizzati a prevenire situazioni di rischio per la salute e sicurezza dei lavoratori;

c) effettuazione di accertamenti sanitari sui lavoratori, laddove previsto dalla normativa nazionale vigente;

d) controllo delle condizioni di lavoro anche attraverso interventi di igiene industriale e di valutazione dello stato di salute dei lavoratori;

e) indagine di infortunio sul lavoro e di malattia professionale di iniziativa o su delega dell'autorità giudiziaria;

f) produzione periodica di informazioni sulle attività svolte e sui risultati ottenuti;

g) emissione di pareri tecnico preventivi, laddove previsto dalle disposizioni vigenti o su richiesta degli enti pubblici territoriali, su progetti di insediamenti destinati alla produzione di beni e servizi o su modifiche degli stessi, su processi di lavoro ed attività soggetti ad istruttoria amministrativa o autorizzazione da parte della pubblica amministrazione;

h) verifica degli impianti di esclusiva competenza Azienda USL, previsti dalla normativa vigente;

i) raccolta e elaborazione dei dati relativi ai danni correlati al lavoro, provenienti dai sistemi informativi istituzionali;

j) realizzazione di interventi di assistenza con il fine di migliorare l'organizzazione del sistema di tutela delle aziende, in particolare nella piccola impresa, anche attraverso iniziative o atti di indirizzo destinati ai datori di lavoro, ai servizi di prevenzione e protezione, ai medici competenti ed ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza aziendali, territoriali e di sito produttivo.

Art. 182

(Articolazione del Servizio PSAL)

1. Ciascuna Azienda USL organizza all'interno della pianta organica del Dipartimento di Prevenzione il Servizio PSAL, diretto da personale medico con specializzazione in medicina del lavoro o titolo di servizio equiparato, articolato in Unità Operative (UO), integrate per lo sviluppo dei programmi di attività del servizio, così definite:

a) UO di medicina del lavoro ed epidemiologia occupazionale;

b) UO di igiene del lavoro e tossicologia industriale;

c) UO di sicurezza dei luoghi di lavoro, degli impianti e delle attrezzature.

Art. 183

(Attività di controllo e vigilanza)

1. Le attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro vengono esercitate ai sensi dell' [art. 21 della legge 833/1978](#) e dell' [art. 13 del d.lgs. 81/2008](#) anche da personale dei Servizi PSAL delle Aziende USL munito di qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria acquisita attraverso nomina prefettizia.

2. Il Presidente della Giunta regionale, ai fini della proposta dei nominativi degli operatori cui dovrà essere attribuita la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria ai sensi dell' [art. 21, terzo comma, della legge 833/1978](#) , si avvale dei criteri formulati con deliberazione della Giunta regionale.

Capo II

[...] ^[126] *NORME IN MATERIA DI ATTIVITÀ FUNERARIE E CIMITERIALI* ^[127]

[**Art. 184**] ^[128]

Art. 184

(Principi, oggetto, finalità)

1. La Regione, nel rispetto della dignità delle scelte personali in materia di disposizione del proprio corpo nell'evenienza del decesso e del diritto di ognuno di poter scegliere liberamente la forma di sepoltura, disciplina i servizi e le funzioni funerarie, cimiteriali e di polizia mortuaria, con la finalità di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi medesimi e di improntare le attività pubbliche a principi di trasparenza, di evidenza scientifica, efficienza ed efficacia delle prestazioni.

2. La Regione, nel rispetto delle convinzioni di ogni persona e dei diversi usi funerari propri di ciascuna comunità, promuove, senza oneri aggiuntivi a carico dell'amministrazione, l'informazione su forme di sepoltura di minore impatto per l'ambiente, con particolare riferimento alla tumulazione nei loculi aerati e, anche in collaborazione con le associazioni cremazioniste, alla cremazione.

3. Al fine di assicurare un trattamento adeguato, rispettoso e uniforme sull'intero territorio regionale della persona defunta, e a garanzia dei diritti essenziali della popolazione e della tutela delle condizioni igienico-sanitarie, la Regione esercita compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo nelle materie disciplinate dal presente Capo, improntando la propria attività ai principi di efficacia e di efficienza della vigilanza sanitaria.

4. La Giunta regionale elabora linee di indirizzo per la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori che esercitano l'attività funebre.

5. La Regione, ai sensi dell' [articolo 341 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265](#) (Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie) con decreto del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta stessa, può autorizzare la tumulazione di cadavere e dei resti mortali di cui all' [articolo 3, comma 1, lettera b\) del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254](#) (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell' [articolo 24 della l. 31 luglio 2002, n. 179](#)), in località differenti dal cimitero quando concorrano giustificati motivi di speciali onoranze.

6. Con la presente legge è istituito l'elenco regionale delle imprese autorizzate ad esercitare l'attività funebre e di trasporto funebre, di seguito denominate imprese, di cui all' [articolo 184-ter, comma 2](#) , che operano nel territorio regionale. L'elenco è gestito dalla struttura regionale competente.

[129]

Art. 184-bis

(Funzioni dei comuni)

1. Al fine di assicurare la sepoltura o la cremazione dei cadaveri, i comuni singoli o associati, di seguito denominati comuni, provvedono alla realizzazione dei cimiteri e degli impianti crematori. I comuni inoltre svolgono tutte le funzioni previste dalla normativa statale vigente in materia e, in particolare, adottano il regolamento per la polizia mortuaria e per i servizi e le funzioni funerarie e cimiteriali in coerenza con le disposizioni regionali vigenti in materia.

2. Il regolamento comunale di cui al [comma 1](#) prevede, in particolare:

a) le condizioni e le modalità di localizzazione e di esercizio dei cimiteri e degli impianti crematori, nonché le modalità di utilizzo dei servizi cimiteriali, necroscopici e di polizia mortuaria;

b) le condizioni e le modalità di trasferimento e di trasporto delle salme e dei cadaveri;

c) le prescrizioni e le modalità attuative relative alla cremazione, all'affidamento delle urne cinerarie e alla dispersione delle ceneri.

3. I comuni assicurano altresì spazi pubblici idonei allo svolgimento di riti funebri, anche per culti diversi da quello cattolico, nel rispetto della volontà del defunto e degli aventi titolo di cui al [comma 4](#) , e provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi funerari e cimiteriali forniti, con particolare riguardo alle differenti forme di sepoltura e ai relativi profili economici.

4. Ai fini del presente Capo per aventi titolo si intendono il coniuge, la parte dell'unione civile e il convivente di fatto secondo quanto previsto dalla [legge 20 maggio 2016, n. 76](#) (Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze) o, in mancanza, il parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del [codice civile](#) e, in caso di concorrenza di più parenti dello stesso grado, la maggioranza assoluta di essi, di seguito denominati aventi titolo.

5. Ai fini dell'inserimento nell'Elenco regionale di cui all' [articolo 184, comma 6](#) , ogni Comune detiene, aggiorna e pubblicizza adeguatamente, anche nel proprio sito istituzionale, l'elenco comunale delle imprese autorizzate ad esercitare l'attività funebre e di trasporto funebre che operano nel territorio comunale. Detto elenco deve essere trasmesso, entro il 31 gennaio di ogni anno con riferimento all'anno precedente, alla struttura regionale competente.

[130]

Art. 184-ter

(Attività funebre, autorizzazione e divieti)

1. Per attività funebre si intende una attività imprenditoriale che comprende ed assicura, in forma congiunta, almeno le seguenti prestazioni:

a) disbrigo, su mandato degli aventi titolo, delle pratiche amministrative inerenti il decesso;

b) fornitura di casse mortuarie e di altri articoli funebri in occasione di un funerale;

c) trasporto di cadavere, resti mortali, ceneri e ossa umane;

d) cura, composizione e vestizione di salme e di cadaveri.

2. L'attività funebre di cui al [comma 1](#) è consentita esclusivamente ad imprese munite di apposita autorizzazione all'esercizio, valevole per l'intero territorio regionale, rilasciata dal Comune in cui ha sede legale l'impresa stessa, sulla base del possesso dei requisiti strutturali, gestionali, professionali e formativi previsti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera b\)](#) .

3. Le imprese devono essere in possesso continuativo di risorse umane, strumentali e finanziarie idonee e adeguate, devono avvalersi di personale adeguatamente formato e devono garantire la trasparenza e la conoscibilità della propria struttura, delle proprie attività nonché dei servizi offerti e delle relative tariffe.

4. Il conferimento dell'incarico alle imprese per il disbrigo delle pratiche amministrative, la vendita delle casse ed articoli funebri e ogni altra attività connessa al funerale può svolgersi unicamente nella sede autorizzata o, eccezionalmente su richiesta degli interessati, presso altro luogo purché non all'interno di strutture sanitarie e socio assistenziali di ricovero e cura, pubbliche e private, di strutture obitoriali e di cimiteri.

5. Nello svolgimento dell'attività funebre, fatta salva la promozione commerciale e da ricorrenza mediante oggettistica di valore trascurabile, è vietato proporre, direttamente o indirettamente, provvigioni, offerte, regali o vantaggi di qualsiasi natura per ottenere informazioni tese a consentire la realizzazione di uno o più servizi funerari.

[131]

Art. 184-quater
(Incompatibilità e deroghe)

1. L'attività funebre di cui all' [articolo 184-ter, comma 1](#) , è incompatibile con la gestione di cimiteri, servizi cimiteriali e servizio di pubbliche affissioni, nonché con la gestione delle strutture obitoriali di cui all' [articolo 185-bis](#) . Sussiste altresì incompatibilità tra la gestione dei cimiteri e l'attività commerciale marmorea e lapidea interna ed esterna al cimitero.

2. Per le imprese autorizzate ad esercitare attività funebre con sede legale in comuni con popolazione complessiva inferiore a duemila abitanti è ammessa deroga alle disposizioni di cui al [comma 1](#) .

[132]

Art. 184-quinquies
(Trasporto funebre)

1. Per trasporto funebre si intende ogni trasferimento di cadavere, resti mortali, ceneri e ossa umane dal luogo del decesso o di accertamento dello stesso o di rinvenimento, fino al luogo di sepoltura o di cremazione.

2. Lo spostamento dal reparto ove è avvenuto il decesso alla struttura interna con funzione di servizio obitoriale, del corpo di una persona deceduta in una struttura sanitaria o socio-sanitaria, non costituisce trasporto funebre ed è svolto unicamente da personale della struttura medesima che a nessun titolo può essere collegato alle imprese.

3. L'attività di trasporto funebre è svolta esclusivamente da imprese autorizzate dal Comune, nel rispetto del regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera b\)](#) . 4. Ogni trasporto funebre deve essere autorizzato dal Comune a seguito di richiesta inoltrata, anche tramite l'impresa incaricata, dagli aventi titolo.

[133]

[Art. 185] [134]

Art. 185
(Periodo di osservazione e trasferimento della salma e del cadavere)

1. Nel periodo di osservazione, di cui al [Capo II del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#) (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria), la salma deve essere mantenuta in condizioni tali da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita e durante il quale viene assicurata adeguata sorveglianza anche attraverso apparecchiature di rilevazione e di segnalazione a distanza. Durante tale periodo la salma non può essere sottoposta a trattamenti conservativi, a conservazione in cella frigorifera, ad autopsia o chiusa in cassa. Il periodo di osservazione termina con l'accertamento della morte da parte del medico necroscopo che contestualmente rilascia il certificato necroscopico.

2. L'osservazione della salma può essere svolta, conformemente alla scelta degli aventi titolo, presso:

a) il domicilio del defunto;

b) le strutture obitoriali di cui all' [articolo 185-bis, comma 1, lettera a\)](#) , ad eccezione del caso in cui risultino mancanti posti disponibili;

c) le strutture obitoriali comunali di cui all' [articolo 185-bis, comma 1, lettera b\)](#) ;

d) la casa funeraria di cui all' [articolo 185-ter, comma 2](#) .

3. Durante il periodo di osservazione, su richiesta degli aventi titolo, per lo svolgimento delle onoranze funebri è consentito il trasferimento della salma dal luogo ove è depositata all'abitazione di residenza, o altro domicilio indicato, alle strutture obitoriali di cui all' [articolo 185-bis](#) , nel rispetto di quanto previsto al [comma 2, lettera b\)](#) , e alle strutture destinate al commiato di cui all' [articolo 185-ter](#) . Detto trasferimento, fermo restando il rilascio da parte del Comune ove è avvenuto il decesso dell'autorizzazione al trasporto e dell'autorizzazione alla sepoltura o alla cremazione, è consentito nel territorio del medesimo Comune ove è avvenuto il decesso o in altro Comune di destinazione, purché situato all'interno del territorio regionale.

4. Ai fini del trasferimento di cui al [comma 3](#) , escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato o che sia avvenuta in seguito a malattia infettiva diffusiva o che alla persona, ancora in vita, siano stati somministrati nuclidi radioattivi, il medico che constata il decesso, dopo aver certificato che la morte è avvenuta per cause naturali, attesta che nulla osta all'eventuale trasferimento della salma per la continuazione del periodo di osservazione, a condizione che esso avvenga senza pregiudizio per la salute pubblica. L'attestazione di nulla osta è titolo valido e sufficiente per il trasferimento della salma durante il periodo di osservazione, purché il suo completamento avvenga entro ventiquattro ore dalla constatazione del decesso.

5. Il trasferimento della salma, su mandato scritto degli aventi titolo, può essere effettuato esclusivamente dall'impresa incaricata alla sua esecuzione. Dell'avvenuto trasferimento nonché del giorno e dell'ora di arrivo della salma presso la sede prescelta dagli aventi titolo, è data tempestiva comunicazione, anche per via telematica, al Comune in cui è avvenuto il decesso, al Comune ove è destinata la salma, nonché all'Azienda unità sanitaria locale competente per territorio in relazione al luogo di destinazione della stessa, al fine dell'accertamento di morte e della relativa certificazione necroscopica.

6. Dopo l'accertamento della morte è consentito, su richiesta degli aventi titolo, e previo nulla osta del medico necroscopo, il trasferimento del cadavere ai fini della veglia funebre, anche a cassa aperta, dal luogo ove è depositato al luogo prescelto per le onoranze, per essere ivi esposto, purché tale trasferimento venga effettuato all'interno del territorio regionale, con le stesse modalità previste al [comma 5](#), e sia portato a termine entro le ventiquattro ore dalla constatazione del decesso. Il nulla osta è titolo valido e sufficiente per il trasferimento del defunto in altro luogo prescelto, ed è rilasciato dal medico in tempi tali da non limitare il diritto dei dolenti al trasferimento medesimo.

[135]

185 bis

(Strutture obitoriali)

1. Sono strutture obitoriali:

a) i locali all'interno della struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata, nonché della struttura sanitaria o socio-sanitaria, che, salvo quanto previsto dall' [articolo 185](#), commi 2, [lettera b\)](#), e 3, ricevono le persone decedute all'interno delle strutture medesime;

b) i depositi di osservazione e gli obitori comunali che ricevono le persone decedute nella pubblica via o in luogo pubblico ovvero, se richiesto dagli aventi titolo, decedute in abitazioni.

2. Presso le strutture obitoriali di cui al [comma 1](#) è assicurato lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) il mantenimento in osservazione della salma;

b) il riscontro diagnostico;

c) le autopsie giudiziarie;

d) il deposito di cadaveri per un tempo indefinito a disposizione dell'autorità giudiziaria o per il riconoscimento di ignoti;

e) le iniezioni conservative e i trattamenti di tanatocosmesi.

3. I comuni istituiscono i depositi di osservazione e gli obitori di cui al [comma 1, lettera b\)](#) esclusivamente nell'ambito del cimitero o, mediante convenzione, presso le strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate ovvero presso le altre strutture sanitarie o socio-sanitarie. La convenzione regola anche le modalità di accoglimento delle persone decedute in abitazioni di cui al [comma 1, lettera b\)](#).

[136]

Art. 185-ter

(Strutture destinate al commiato)

1. Ai fini del presente Capo sono strutture destinate al commiato la casa funeraria e la sala del commiato.

2. La casa funeraria è una struttura privata in possesso dei requisiti minimi strutturali e impiantistici richiesti dal [decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#) (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) per l'esercizio dei servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche e private, gestita, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera b\)](#), da imprese autorizzate ai sensi dell' [articolo 184-ter, comma 2](#), ove, a richiesta degli aventi titolo, in apposite sale attrezzate è consentito lo svolgimento di:

a) accoglimento e osservazione della salma durante il periodo di osservazione;

b) composizione e vestizione del defunto ed esecuzione dei trattamenti di tanatocosmesi consentiti dalla normativa vigente per la preparazione del cadavere;

c) esposizione, eventualmente anche durante il periodo di osservazione, della salma, e custodia del cadavere prima della chiusura della cassa;

d) celebrazione delle attività di commemorazione e di commiato del defunto;

e) sosta del feretro sigillato in attesa del suo trasporto per essere destinato alla sepoltura o alla cremazione.

3. La realizzazione e l'esercizio della casa funeraria sono autorizzati dai comuni, mediante i titoli abilitativi previsti dalla normativa vigente, in coerenza con quanto previsto dal presente articolo e con le modalità di utilizzo previste nel proprio regolamento di polizia mortuaria e per i servizi e le funzioni funerarie e cimiteriali, fermo restando il rispetto della distanza minima di metri centocinquanta dalle strutture sanitarie pubbliche e private, dai cimiteri e dagli impianti crematori.

4. I soggetti esercenti regolamentano le procedure di corretta gestione delle attività svolte dal personale all'interno della casa funeraria e, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera e](#)), redigono una Carta dei Servizi messa a disposizione degli utenti, anche per via telematica, che fornisce informazioni sul soggetto esercente, sulle caratteristiche della struttura, sull'espletamento dei servizi forniti, sulle modalità di contatto con il soggetto esercente stesso, sulle tariffe praticate e sulla qualità dei servizi medesimi.

5. Le case funerarie non possono essere collocate all'interno di strutture sanitarie, socio-sanitarie e nei cimiteri, nonché convenzionate con strutture sanitarie pubbliche e private per lo svolgimento dei servizi mortuari.

6. La sala del commiato è una struttura, gestita nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera b](#)) , collocata all'interno della casa funeraria o dei cimiteri o degli impianti crematori, ma comunque al di fuori delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate ovvero delle altre strutture sanitarie o socio-sanitarie, destinata, a richiesta degli aventi titolo, a ricevere e tenere in custodia il feretro sigillato per brevi periodi, nonché ad esporre il feretro stesso per la celebrazione di riti di commemorazione e di dignitoso commiato.

[137]

[Art. 186] [138]

Art. 186

(Cimiteri)

1. Ogni Comune, ai sensi dell' [articolo 337 del r.d. 1265/1934](#) , deve avere un cimitero con almeno un reparto a sistema di inumazione. La costruzione, l'ampliamento e la ristrutturazione dei cimiteri sono disposte dai comuni.

2. I comuni, nella pianificazione dei cimiteri, tengono conto del fabbisogno di sepolture per il numero corrispondente ad almeno tre turni di rotazione per le inumazioni, e a due turni di rotazione per le tumulazioni. Inoltre, nell'ambito della pianificazione urbanistica e territoriale, prevedono aree cimiteriali in grado di rispondere alle necessità di sepoltura nell'arco dei trenta anni successivi all'adozione degli strumenti urbanistici, tenuto conto degli obblighi di cui all' [articolo 186-bis](#) e con la finalità di favorire il ricorso alle forme di sepoltura di minor impatto sull'ambiente di cui all' [articolo 184, comma 2](#) . I progetti di ristrutturazione e ampliamento dei cimiteri esistenti e di costruzione dei nuovi sono adottati dai comuni previa acquisizione del parere igienico-sanitario dell'Azienda unità sanitaria locale competente per territorio e devono essere preceduti da uno studio tecnico delle località, con particolare riguardo all'ubicazione, l'orografia, l'estensione dell'area e la natura fisico-chimica del terreno, nonché la profondità e la direzione della falda idrica.

3. Ferme le incompatibilità e le deroghe di cui all' [articolo 184-quater](#) , i comuni, laddove non intendano esercitare la gestione diretta, possono procedere all'affidamento della gestione dei cimiteri, nel rispetto della normativa vigente.

4. In ogni cimitero deve essere assicurato un servizio di custodia. Il responsabile del servizio conserva per ogni cadavere tutti i titoli autorizzatori che accompagnano il cadavere stesso e annota su apposito registro i dati riguardanti ogni cadavere inumato, tumulato o cremato, nonché le relative variazioni.

5. I cimiteri devono essere delimitati da idonea recinzione e devono essere isolati dall'abitato mediante la zona di rispetto la cui ampiezza è individuata, secondo quanto previsto dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera g](#)) , considerando:

- a) la necessità di parcheggi e di servizi per i frequentatori;
- b) la necessità di ampliamento in relazione al numero di abitanti, nonché in relazione a quanto previsto al [comma 2](#) ;
- c) la presenza di servizi ed impianti tecnologici all'interno del cimitero con le relative distanze di tutela;
- d) il rispetto delle attività di culto.

6. In ogni cimitero sono presenti almeno:

- a) un campo di inumazione;
- b) un campo di inumazione speciale;
- c) una camera mortuaria;
- d) un ossario comune;
- e) un cinerario comune.

7. I comuni possono concedere a privati e ad associazioni ed enti privi di scopo di lucro l'uso di aree pubbliche all'interno del cimitero per sepolture private, individuali, familiari e collettive, nel rispetto dei requisiti tecnici e igienicosanitari. Possono inoltre autorizzare la costruzione di cappelle private fuori dal cimitero, purché dotate di un'area di rispetto.

8. Con il regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera h\)](#) , sono definiti i requisiti e le caratteristiche per la costruzione di nuovi cimiteri e strutture cimiteriali, nonché i criteri e gli eventuali tempi di adeguamento per l'ampliamento e la ristrutturazione di quelli esistenti. Con il regolamento regionale di cui al medesimo [articolo 186-octies, comma 1, lettera i\)](#) , sono definite inoltre le caratteristiche dei campi di inumazione, dei loculi, delle sepolture private, delle cappelle private fuori dal cimitero, nonché le modalità di tenuta dei registri cimiteriali.

[139]

Art. 186 bis
(Diritto di sepoltura)

1. Nei cimiteri devono essere ricevuti:

a) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone morte nel territorio del Comune, qualunque ne fosse in vita la residenza;

b) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone decedute fuori del Comune, ma aventi in esso, in vita, la residenza;

c) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone già residenti nel Comune che hanno stabilito la propria residenza presso strutture socio-sanitarie situate fuori del Comune;

d) i cadaveri, i resti mortali, le ossa e le ceneri delle persone non residenti in vita nel Comune e morte fuori di esso, ma aventi diritto a sepoltura privata esistente nel cimitero del Comune stesso;

e) i prodotti del concepimento e i prodotti abortivi, nonché i feti e le parti anatomiche riconoscibili.

2. Ogni feretro è inumato in fossa distinta o tumulato in loculo distinto, fatto salvo il caso di madre e neonato morti in concomitanza con il parto.

[140]

Art. 186-ter
(Loculi aerati)

1. Al fine di favorire la riduzione scheletrica in tempi brevi dei cadaveri tumulati, i comuni, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera j\)](#) , possono prevedere, all'interno dei piani regolatori cimiteriali, la realizzazione di loculi aerati, a condizione che la loro costruzione sia eseguita in maniera da non rappresentare un rischio per la salute pubblica.

2. La realizzazione di loculi aerati, singoli o a batteria, è ammessa, sia per manufatti di nuova costruzione sia in caso di ristrutturazione di quelli esistenti, adottando soluzioni tecniche e costruttive conformi alle disposizioni normative vigenti in materia urbanistica e ambientale. La conformità dei progetti di costruzione dei loculi aerati ai requisiti indicati dalle disposizioni vigenti e alle relative norme igienico-sanitarie, deve essere specificamente certificata dal progettista.

3. In caso di tumulazione aerata, vista la diminuzione del tempo di scheletrizzazione del cadavere, la estumulazione ordinaria può essere effettuata dopo dieci anni dalla prima tumulazione del feretro. I comuni possono conseguentemente prevedere la riduzione del relativo periodo di concessione fino ad un minimo di dieci anni, rinnovabili su richiesta degli aventi titolo.

[141]

Art. 186-quater
(Impianti crematori)

1. La titolarità ad impiantare i crematori è in capo esclusivamente ai comuni. Gli impianti crematori, al fine di assicurare prestazioni di qualità, sono costruiti e gestiti nel rispetto dei requisiti strutturali, gestionali e professionali previsti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera d\)](#) , nonché secondo criteri di sicurezza, efficienza, efficacia, continuità del servizio, uguaglianza e imparzialità del trattamento, accessibilità, ecosostenibilità e tracciabilità delle diverse fasi della cremazione.

2. Gli impianti crematori operano altresì nel rispetto della normativa vigente in materia di salvaguardia della salute, di tutela ambientale, di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro, di prevenzione e protezione antincendi, nonché di superamento ed eliminazione delle barriere architettoniche.

3. Ferme le incompatibilità e le deroghe di cui all' [articolo 184-quater](#) , i comuni, laddove non intendano esercitare la gestione diretta, possono procedere all'affidamento della gestione dell'impianto crematorio, nel rispetto della normativa vigente.

4. Ogni impianto crematorio è dotato di una Carta dei Servizi, predisposta nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera e](#) , quale strumento che fornisce informazioni sul soggetto gestore, sulle caratteristiche della struttura crematoria, sull'espletamento dei servizi, sulle modalità di contatto con il soggetto gestore stesso, sulle tariffe praticate e sulla qualità dei servizi medesimi. La Carta è messa a disposizione degli utenti ed è facilmente consultabile anche in formato digitale tramite il sito istituzionale del Comune ovvero quello del soggetto gestore.

5. Al fine di assicurare la salvaguardia della salute pubblica, dell'incolumità e la sicurezza di operatori e utenti, nonché la tutela dell'ambiente da fonti di inquinamento, il funzionamento e le emissioni degli impianti crematori sono soggetti al controllo e alla vigilanza dei comuni.

[142]

Art. 186-quinquies

(Cremazione)

1. Per cremazione si intende il procedimento di sepoltura consistente nella riduzione in cenere di un cadavere o dei suoi resti eseguita mediante appositi forni crematori all'interno dei quali viene collocato un singolo ed intero feretro sigillato.

2. L'autorizzazione alla cremazione, nel rispetto della [legge 30 marzo 2001, n. 130](#) (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri), è rilasciata dall'Ufficiale dello stato civile del Comune di decesso, su istanza degli aventi titolo, corredata dal certificato del medico necroscopo ovvero dal nulla osta dell'autorità giudiziaria, nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dagli aventi [titolo secondo](#) le modalità di cui all' [articolo 3, comma 1](#) , lettere a) e b) della stessa [l. 130/2001](#) .

3. La cremazione è, di norma, a titolo oneroso, secondo le tariffe fissate dal Comune titolare dell'impianto nel rispetto delle tariffe massime definite dalle vigenti disposizioni ministeriali, fatta eccezione per i casi di indigenza accertata del defunto di cui all' [articolo 5, comma 1, della l. 130/2001](#) .

4. La cremazione, nel rispetto delle modalità di cui al [comma 1](#) , deve essere eseguita da personale appositamente autorizzato dai comuni, e le ceneri derivanti dalla cremazione di ciascun singolo cadavere devono essere raccolte in apposita urna cineraria di materiale resistente e, tranne nel caso della successiva dispersione, tale da poter essere chiusa con saldatura anche a freddo o a mezzo di collanti di sicura e duratura presa. L'urna, sigillata da parte del personale dell'impianto crematorio per evitare eventuali profanazioni, reca all'esterno il nome, il cognome, la data di nascita e di morte del defunto.

5. In ogni urna possono essere collocate le ceneri di un solo cadavere o dei suoi resti. È vietato conservare le ceneri di più cadaveri in una unica urna, fatto salvo il caso di madre e neonato morti in concomitanza con il parto.

6. Presso l'impianto crematorio deve essere tenuto un apposito registro contenente le generalità dei cadaveri o dei resti cremati, la data, la causa e il luogo di morte e la data di cremazione, la destinazione dell'urna e delle ceneri, gli eventuali assegnatari e gli estremi dell'autorizzazione. Nel caso di affidamento della gestione dell'impianto, il gestore è responsabile della compilazione del registro e dell'esattezza dei dati riportati.

7. Nel rispetto di quanto previsto dal [Capo XVII del d.p.r. 285/1990](#) , può essere autorizzata la cremazione postuma di cadavere preventivamente inumato o tumulato, nonché, ai sensi degli articoli 3 del [d.p.r. 254/2003](#) e 7 del [d.p.r. 285/1990](#) , la cremazione di parti anatomiche riconoscibili, di feti, di prodotti abortivi e prodotti del concepimento, e di resti mortali. Inoltre i comuni, previo consenso degli aventi titolo, possono disporre la cremazione delle ossa raccolte nell'ossario comune o ad esso destinate. Per la cremazione dei resti mortali, secondo quanto stabilito dall' [articolo 3, comma 6 del d.p.r. 254/2003](#) , non sono necessari il certificato e il nulla osta di cui al [comma 2](#) .

8. Non può essere autorizzata la cremazione di cadavere portatore di stimolatore o defibrillatore cardiaco che possono arrecare danno all'impianto di cremazione, se non previo espianto dei medesimi da effettuarsi da parte del medico necroscopo incaricato o altro medico dipendente del Servizio sanitario regionale, appositamente incaricato ed autorizzato, con le modalità indicate nei protocolli operativi delle Aziende unità sanitarie locali, alle quali spetta altresì lo smaltimento dei relativi rifiuti.

9. L'Ufficiale dello stato civile, in caso di comprovata necessità, previo assenso degli aventi titolo o, in caso di loro irreperibilità dopo trenta giorni dalla pubblicazione nell'albo pretorio del Comune di uno specifico avviso, può autorizzare la cremazione dei cadaveri inumati da almeno dieci anni e di quelli tumulati da almeno venti anni.

[143]

Art. 186-sexies

(Destinazione e dispersione delle ceneri)

1. Le ceneri derivanti dalla cremazione, raccolte in apposita urna cineraria sigillata, su richiesta degli aventi titolo possono essere, alternativamente, tumulate, inumate o conservate in cimitero, nell'edificio di cui al [comma 2](#) , o sversate in maniera indistinta nel cinerario comune del cimitero medesimo.

2. Nel cimitero dove è situato l'impianto crematorio deve essere predisposto un edificio per accogliere le urne le cui caratteristiche edilizie sono stabilite dai regolamenti comunali. È altresì ammessa la collocazione dell'urna all'interno di loculi o tombe assieme a feretri di congiunti ivi tumulati.

3. Ogni cimitero deve essere dotato del cinerario comune per la raccolta e la conservazione in perpetuo e collettiva delle ceneri provenienti dalla cremazione dei cadaveri per le quali sia stata espressa la volontà del defunto di

scegliere tale forma di dispersione dopo la cremazione oppure per le quali gli aventi titolo non abbiano provveduto ad altra destinazione.

4. Ai sensi di quanto previsto dall' [articolo 3, comma 1, lettera e\), della l. 130/2001](#) , le urne di cui al [comma 1](#) possono essere altresì affidate agli aventi titolo per la loro conservazione in ambito privato o per la dispersione con le modalità di cui ai commi 5 e 6.

5. La dispersione delle ceneri è autorizzata dall'Ufficiale dello stato civile sulla base di espressa volontà del defunto e, nel rispetto di quanto stabilito dall' [articolo 3, comma 1](#) , lettere c) e d) della [l. 130/2001](#) , non può dare luogo ad attività aventi fini di lucro. Inoltre è consentita, sempre nel rispetto della volontà del defunto e con le modalità previste dalle disposizioni statali, nei seguenti luoghi:

a) in aree a ciò appositamente destinate all'interno dei cimiteri;

b) in natura, tenendo presente che la dispersione in mare, nei laghi, nei fiumi ed altri corsi d'acqua è consentita nei tratti liberi da natanti e manufatti;

c) in aree private, al di fuori dei centri abitati, all'aperto, con il consenso dei proprietari.

6. La dispersione delle ceneri inoltre deve, in ogni caso, essere eseguita in modo tale da non arrecare alcun danno e disturbo a soggetti terzi eventualmente presenti e deve avvenire nel rispetto delle norme vigenti in materia di disciplina delle aree di salvaguardia delle acque superficiali e sotterranee destinate al consumo umano di cui all' [articolo 94 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152](#) (Norme in materia ambientale), nonché in materia di zone di elevata diversità floristico-vegetazionale e aree di particolare interesse naturalistico ambientale di cui all' [articolo 83 della legge regionale 21 gennaio 2015, n. 1](#) (Testo unico governo del territorio e materie correlate).

[144]

Art. 186-septies

(Sanzioni)

1. Ferme restando le funzioni di vigilanza sugli aspetti igienico-sanitari da parte delle Aziende unità sanitarie locali, i comuni provvedono alla vigilanza sul rispetto delle prescrizioni di cui al presente Capo e all'irrogazione delle relative sanzioni, introitandone i relativi proventi.

2. Ferme restando le vigenti disposizioni sanzionatorie penali e amministrative previste dalla normativa statale, è soggetto alla sanzione amministrativa pecuniaria:

a) da euro 4.000,00 a euro 6.000,00 chiunque intraprenda l'attività funebre e di trasporto funebre, ovvero la gestione di una casa funeraria, senza essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata dal Comune ai sensi degli articoli 184-ter, [comma 2](#) , e 185-ter, [comma 2](#) ;

b) da euro 600,00 ad euro 1.000,00 chiunque effettui un trasporto funebre senza l'autorizzazione di cui all'articolo 184-quinquies, comma 4;

c) da euro 2.000,00 a euro 8.000,00 chiunque eserciti attività funebre e di trasporto funebre ovvero di gestione delle strutture destinate al commiato, in violazione dei requisiti definiti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera b\)](#) , ovvero gestisca un impianto crematorio in violazione dei requisiti definiti dal regolamento regionale di cui al medesimo [articolo 186-octies, comma 1, lettera d\)](#) ;

d) da euro 500,00 a euro 1.000,00 chiunque ometta di dotarsi della Carta dei Servizi di cui agli articoli 185-ter, comma 4, e 186-quater, comma 4, ovvero violi i requisiti definiti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 186-octies, comma 1, lettera e\)](#) , in relazione alla Carta dei Servizi medesima;

e) da euro 3.000,00 a euro 8.000,00 chiunque violi le disposizioni di cui agli articoli 184-ter, commi 4 e 5, e 184-quater, [comma 1](#) ;

f) da euro 700,00 a euro 2.000,00 chiunque violi le disposizioni di cui all' [articolo 185](#) , commi 1, 5 e 6;

g) da euro 4.000,00 a euro 8.000,00 chiunque realizzi ed eserciti una casa funeraria senza essere in possesso dei titoli abilitativi di cui all' [articolo 185-ter, comma 3](#) ;

h) da euro 3.000,00 a euro 7.000,00 chiunque proceda alla cremazione senza essere in possesso della autorizzazione di cui all' [articolo 186-quinquies, comma 4](#) ;

i) da euro 1.000,00 a euro 3.000,00 chiunque violi le disposizioni relative alle modalità afferenti la cremazione di cui all' [articolo 186-quinquies](#) , commi 4, 5 e 6;

j) da euro 500,00 a euro 2.000,00 chiunque violi le disposizioni relative alla dispersione delle ceneri di cui all' [articolo 186-sexies](#) , commi 5 e 6.

[145]

Art. 186-octies

(Regolamento regionale) ⁽⁶⁾

1. La Giunta regionale, con proprio regolamento, individua e definisce:

a) gli aspetti attuativi afferenti alle funzioni e ai compiti dei comuni e delle Aziende unità sanitarie locali nell'ambito delle materie disciplinate dal presente Capo;

b) i requisiti strutturali, gestionali, professionali e formativi per l'esercizio dell'attività funebre e di trasporto funebre, nonché per l'esercizio delle strutture destinate al commiato di cui all' [articolo 185-ter](#) ;

c) le modalità di tenuta dell'Elenco regionale di cui all' [articolo 184, comma 6](#) , nonché i tempi e i criteri per l'inserimento nello stesso delle imprese di cui allo stesso [articolo 184, comma 6](#) ;

d) i requisiti strutturali, gestionali e professionali per il funzionamento degli impianti crematori;

e) i contenuti nonché le modalità di tenuta della Carta dei Servizi di cui agli articoli 185-ter, comma 4, e 186-quater, comma 4;

f) le modalità e i tempi di adeguamento ai requisiti previsti alle lettere b), d), ed e), nonché ai requisiti delle strutture destinate al commiato di cui all' [articolo 185-ter](#) , per le imprese e per i soggetti gestori di impianti crematori, in esercizio, privi dei requisiti medesimi;

g) l'ampiezza minima e massima delle aree di rispetto di cui all' [articolo 186, comma 5](#) ;

h) i requisiti e le caratteristiche per la costruzione di nuovi cimiteri e strutture cimiteriali, nonché i criteri e i tempi di adeguamento per l'ampliamento e la ristrutturazione di quelli esistenti, di cui all' [articolo 186, comma 8](#) ;

i) le caratteristiche dei campi di inumazione, dei loculi, delle sepolture private, delle cappelle private fuori dal cimitero, nonché le modalità di tenuta dei registri cimiteriali, di cui all' [articolo 186, comma 8](#) ;

j) le caratteristiche dei loculi aerati di cui all' [articolo 186-ter, comma 1](#) .

2. A decorrere dall'adozione del regolamento regionale di cui al [comma 1](#) è istituito il Sistema regionale per la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori delle imprese. Gli oneri derivanti sono a carico dei fruitori.

3. La Giunta regionale, sentite le imprese e le associazioni di categoria, con propria deliberazione, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione, disciplina i contenuti e le modalità attuative del Sistema regionale di cui al [comma 2](#) .

[146]

Capo III

Disciplina in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio

Art. 187

(Oggetto e definizioni)

1. Il presente Capo detta disposizioni in materia di requisiti igienico-sanitari relativi alla struttura e alla manutenzione delle piscine ad uso natatorio e alla qualità delle acque e detta disposizioni in materia di vigilanza.

2. Le disposizioni del presente Capo si applicano esclusivamente alle piscine classificate nelle categorie A, classe A/1, A/2, A/3, A/4 e B, classe B/1, di cui all' [articolo 188](#) , ed aventi tipologie di vasche a), b), c), d), e) ed f) di cui all' [articolo 189](#) .

3. Sono escluse dalle disposizioni del presente Capo le piscine classificate nella categoria B, classe B/2, e nella categoria C di cui all' [articolo 188](#) .

4. Si definisce piscina un complesso attrezzato per la balneazione che comporta la presenza di uno o più bacini artificiali utilizzati per attività ricreative, formative, sportive e terapeutiche esercitate nell'acqua contenuta nei bacini stessi.

5. Parti essenziali costituenti il complesso sono:

a) sezione vasche;

b) sezione servizi;

c) sezione impianti tecnici;

d) sezione pubblico;

e) sezione attività accessorie.

Art. 188

(Classificazione delle piscine)

1. Le piscine, ai fini igienico-sanitari, sono classificate in base ai seguenti criteri: destinazione, caratteristiche ambientali e strutturali, tipo di utilizzazione.
2. Le piscine in base alla loro destinazione si distinguono nelle categorie A, B e C, a loro volta suddivise in classi.
3. Alla categoria A appartengono le piscine pubbliche o private destinate ad una utenza pubblica.
4. La categoria A è suddivisa nelle seguenti classi:
 - a) A/1 piscine pubbliche o private aperte al pubblico;
 - b) A/2 piscine ad uso collettivo inserite in strutture ricettive alberghiere, extralberghiere, all'aria aperta e agrituristiche, a disposizione esclusiva degli alloggiati, nonché inserite in altre strutture adibite ad uso collettivo quali collegi, convitti, scuole, università, comunità, palestre, circoli e associazioni, a disposizione dei soli ospiti, studenti, clienti o soci;
 - c) A/3 impianti finalizzati al gioco acquatico;
 - d) A/4 strutture complesse comprendenti piscine rientranti in più di una delle classi di cui alle lettere a), b) e c).
5. Alla categoria B appartengono le piscine costituenti parti comuni dell'edificio ai sensi dell' [articolo 1117 del codice civile](#) e destinate agli abitanti del condominio stesso e le piscine di pertinenza di abitazioni private facenti parte di edificio o complesso residenziale destinate agli abitanti dell'edificio o complesso stessi e non comprese tra quelle classificate A/2 del [comma 4](#) .
6. La categoria B è suddivisa nelle seguenti classi:
 - a) B/1 piscine facenti parte di condomini o di pertinenza di abitazioni private facenti parte di edificio o complesso residenziale costituiti da più di quattro unità abitative;
 - b) B/2 piscine facenti parte di condomini o di pertinenza di abitazioni private facenti parte di edificio o complesso residenziale costituiti da non più di quattro unità abitative.
7. Alla categoria C appartengono le piscine destinate ad usi speciali collocate all'interno di strutture di cura, di riabilitazione e termale.
8. In base alle caratteristiche ambientali e strutturali le piscine si distinguono in:
 - a) scoperte se costituite da complessi con uno o più bacini artificiali non confinati entro strutture chiuse permanenti;
 - b) coperte se costituite da complessi con uno o più bacini artificiali confinati entro strutture chiuse permanenti;
 - c) di tipo misto se costituite da complessi con uno o più bacini artificiali scoperti e coperti utilizzabili anche contemporaneamente;
 - d) di tipo convertibile se costituite da complessi con uno o più bacini artificiali nei quali gli spazi destinati alle attività possono essere aperti o chiusi in relazione alle condizioni atmosferiche.

Art. 189*(Tipologie di vasche)*

1. In base alla loro utilizzazione si individuano nelle categorie di piscine di cui all' [articolo 188](#) i seguenti tipi di vasche:
 - a) agonistiche, per nuotatori e di addestramento al nuoto, aventi requisiti che consentono l'esercizio delle attività natatorie in conformità al genere ed al livello di prestazioni per le quali è destinata la piscina, nel rispetto delle norme della Federazione Italiana Nuoto (FIN) e della Federation Internationale de Natation Amateur (FINA);
 - b) per tuffi ed attività subacquee, aventi requisiti che consentono l'esercizio delle attività in conformità al genere ed al livello di prestazioni per le quali è destinata la piscina, nel rispetto delle norme della FIN e della FINA;
 - c) ricreative, aventi requisiti morfologici e funzionali che le rendono idonee per il gioco e la balneazione;
 - d) per bambini, aventi requisiti morfologici e funzionali, quali la profondità massima di sessanta centimetri, che le rendono idonee per la balneazione dei bambini;
 - e) polifunzionali, aventi caratteristiche morfologiche e funzionali che consentono l'uso contemporaneo del bacino per attività differenti o che posseggono requisiti di convertibilità che le rendono idonee ad usi diversi;
 - f) ricreative attrezzate, caratterizzate dalla prevalenza di attrezzature accessorie quali acquascivoli, sistemi di formazione di onde, fondi mobili;

g) per usi riabilitativi, aventi requisiti morfologici e funzionali nonché dotazione di attrezzature specifiche per l'esercizio esclusivo di attività riabilitative e rieducative sotto il controllo sanitario specialistico;

h) per usi curativi e termali, nelle quali l'acqua viene utilizzata come mezzo terapeutico in relazione alle sue caratteristiche fisico-chimiche intrinseche e/o alle modalità con cui viene in contatto dei bagnanti e nelle quali l'esercizio delle attività di balneazione viene effettuato sotto il controllo sanitario specialistico.

Art. 190

(Utenti)

1. Gli utenti delle piscine si distinguono in:

a) frequentatori: utenti presenti all'interno dell'impianto natatorio;

b) bagnanti: utenti che si trovano all'interno della sezione vasche delimitata sul posto.

2. Il numero massimo di frequentatori e di bagnanti ammissibili è determinato, con le norme regolamentari, in relazione alle diverse categorie di piscine.

Art. 191

(Parere igienico-sanitario)

1. Per la costruzione di nuovi impianti natatori o per la ristrutturazione e/o ampliamento di impianti esistenti che comportano variazioni distributive e/o funzionali è necessario acquisire il preventivo parere igienico-sanitario dell'Azienda USL competente.

Art. 192

(Inizio attività)

1. L'inizio dell'attività delle piscine di nuova costruzione appartenenti alle classi A/1 ed A/4 è subordinato alla comunicazione alla Azienda USL competente al fine dell'acquisizione del parere igienico-sanitario successivo alla realizzazione dell'impianto.

2. L'inizio dell'attività delle piscine appartenenti alle classi A/2, A/3 e B/1 è subordinato alla comunicazione alla Azienda USL competente.

Art. 193

(Comunicazioni periodiche delle attività stagionali)

1. I titolari degli impianti realizzati per le attività stagionali, trenta giorni prima dell'attivazione dell'impianto, comunicano alla Azienda USL competente la riapertura della struttura e le eventuali variazioni degli impianti e/o del responsabile della piscina, nonché la chiusura della struttura, qualora debba verificarsi l'interruzione dell'attività.

Art. 194

(Dotazione di personale)

1. Il titolare dell'impianto nomina il responsabile della piscina o dichiara formalmente di assumerne personalmente le funzioni al fine di garantire l'igiene, la sicurezza e la funzionalità delle piscine.

2. Il responsabile della piscina assicura:

a) il corretto funzionamento della struttura sotto ogni aspetto gestionale, tecnologico e organizzativo;

b) il rispetto dei requisiti igienico-sanitari e ambientali previsti dall'Accordo del 16 gennaio 2003 tra Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di seguito denominato Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003;

c) la corretta esecuzione delle procedure di autocontrollo;

d) le operazioni di pulizia quotidiana.

3. Per le piscine di classe B/1, salvo diversa formale designazione, il responsabile della piscina è l'amministratore; in mancanza di amministratore o di responsabile designato rispondono i proprietari nei modi e limiti stabiliti dalle leggi vigenti in materia.

4. Il responsabile della piscina individua le seguenti figure:

a) assistente bagnanti;

b) addetto agli impianti tecnologici.

5. L'assistente bagnanti di cui al [comma 4, lettera a\)](#), abilitato alle operazioni di salvataggio e di primo soccorso ai sensi della normativa vigente, vigila, ai fini della sicurezza, sulle attività che si svolgono in vasca e negli spazi perimetrali intorno alla vasca. In ogni piscina con bagnanti è assicurata la presenza di assistenti bagnanti durante tutto l'orario di funzionamento della piscina, fatti salvi i casi previsti al [comma 6](#).

6. I responsabili delle piscine classificate A/2 e B/1 possono derogare dall'obbligo della presenza di assistente bagnanti secondo le disposizioni previste dalle norme regolamentari di cui all' [articolo 205](#).

7. L'addetto agli impianti tecnologici di cui al [comma 4, lettera b\)](#) garantisce il corretto funzionamento degli impianti ai fini del rispetto dei requisiti igienico-sanitari e ambientali di cui all'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003.

Art. 195

(Requisiti strutturali)

1. I requisiti strutturali delle parti essenziali del complesso di cui all' [articolo 187 comma 5](#), devono:

a) garantire che la potenzialità degli impianti di trattamento dell'acqua sia proporzionata al volume dell'acqua delle vasche e al carico inquinante dovuto all'utilizzazione delle stesse;

b) garantire che l'attività natatoria, nelle varie forme previste per le diverse categorie e gruppi di piscine e tipi di vasche, possa svolgersi nel rispetto delle esigenze di sicurezza e di sorveglianza degli utenti;

c) garantire che la fruizione da parte degli utenti e la pulizia ordinaria e straordinaria degli spogliatoi, delle docce e dei servizi igienici e di tutte le aree accessorie e di disimpegno possa avvenire in modo regolare e col minimo rischio per la sicurezza degli utenti;

d) garantire che la localizzazione e l'installazione degli impianti, nonché la loro gestione, siano tali da assicurare condizioni di sicurezza e di facile accessibilità;

e) garantire la fruibilità da parte dei portatori di handicap, secondo la normativa vigente.

Art. 196

(Documentazione)

1. Il responsabile della piscina tiene a disposizione della Azienda USL competente, incaricata dei controlli esterni, la seguente documentazione:

a) il documento di valutazione del rischio in cui è considerata ogni fase che potrebbe rivelarsi critica nella gestione dell'attività. Il documento tiene conto dei seguenti principi:

1) l'analisi dei potenziali pericoli igienico-sanitari per la piscina;

2) l'individuazione dei punti o delle fasi in cui possono verificarsi i pericoli di cui alla [lettera a\)](#), [numero 1\)](#) e la definizione delle relative misure preventive da adottare;

3) l'individuazione dei punti critici e definizione dei limiti degli stessi;

4) la definizione del sistema di monitoraggio;

5) l'individuazione delle azioni correttive;

6) le verifiche periodiche delle attività di gestione ed autocontrollo ed eventuali aggiornamenti, anche in relazione al variare delle condizioni iniziali, delle analisi dei rischi, dei punti critici, e delle procedure in materia di controllo e sorveglianza;

b) il registro dei requisiti tecnico-funzionali;

c) il registro dei controlli dell'acqua in vasca;

d) la documentazione relativa alla normativa antinfortunistica;

e) la documentazione relativa alla certificazione degli impianti;

f) la copia dei brevetti degli assistenti bagnanti;

g) l'attestazione di eventuali corsi di aggiornamento e formazione del personale operante presso l'impianto di balneazione.

2. La documentazione di cui al [comma 1](#) è a disposizione della Azienda USL competente per un periodo di almeno due anni.

Art. 197

(Controlli)

1. I controlli per la verifica del corretto funzionamento del complesso sono distinti in controlli interni, eseguiti a cura del responsabile della piscina, e controlli esterni di competenza dell'Azienda USL.

2. Per le piscine di proprietà pubblica o privata destinate ad una utenza pubblica di cui alla categoria A dell' [articolo 188, comma 3](#) , sono fatti salvi i controlli delle commissioni comunali e provinciali di vigilanza sui locali di pubblico spettacolo di cui al regolamento per l'esecuzione del Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza [regio-decreto 6 maggio 1940, n. 635](#) , come modificato dal [decreto del Presidente della Repubblica 28 maggio 2001, n. 311](#) .

Art. 198

(Controlli interni)

1. Il responsabile della piscina garantisce la corretta gestione sotto il profilo igienico-sanitario di tutti gli elementi funzionali del complesso che concorrono alla sicurezza della piscina.

2. I controlli interni sono eseguiti secondo le norme regolamentari di cui all'art. 205, lettera f), con attività di gestione e di auto-controllo indicate nella documentazione di cui all' [articolo 196](#) .

3. Il responsabile della piscina, qualora a seguito dei controlli interni riscontri valori dei parametri microbiologici e chimico-fisici non conformi ai valori stabiliti dall'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003 provvede al ripristino delle condizioni ottimali.

4. Il responsabile della piscina comunica alla Azienda USL competente per territorio la non conformità di cui al [comma 3](#) non risanabile rapidamente; indica altresì i provvedimenti che intende adottare al fine del ripristino delle condizioni ottimali.

Art. 199

(Controlli esterni)

1. I controlli ed i relativi prelievi sono effettuati dalla Azienda USL competente, sulla base di appositi piani di controllo e di vigilanza e secondo modalità e frequenza che tengono conto della tipologia degli impianti esistenti all'interno degli specifici ambiti territoriali, con particolare riferimento ai punti critici evidenziati nel documento di valutazione del rischio di cui all' [articolo 196, comma 1, lettera a\)](#) e di autocontrollo di cui all' [articolo 198](#) predisposti dal responsabile dell'impianto.

2. L'Azienda USL competente qualora accerti la non conformità dell'impianto ai requisiti prescritti dall'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003, adotta i necessari provvedimenti finalizzati al ripristino della salubrità.

Art. 200

(Corsi di formazione ed aggiornamento)

1. La Regione, tramite le Aziende USL, dispone l'organizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento, finalizzati all'acquisizione della necessaria conoscenza sanitaria in materia di igiene delle piscine, per i responsabili delle piscine, per gli assistenti bagnanti e per gli addetti agli impianti tecnologici. I corsi non sostituiscono quelli specifici di qualificazione professionale riconosciuti dalla normativa nazionale.

Art. 201

(Primo soccorso)

1. Le piscine sono dotate di un sistema organizzato di primo soccorso di facile accesso per lo svolgimento delle relative operazioni.

2. Le piscine appartenenti alla classe A/1, sono dotate di un locale adibito esclusivamente a primo soccorso.

3. Il locale di primo soccorso, di cui al [comma 2](#) , è dotato di idonei materiali ed attrezzature di primo soccorso utilizzati dall'assistente bagnanti di cui all' [articolo 194, comma 4, lettera a\)](#) , in attesa dell'intervento del personale dei servizi pubblici di emergenza. Il locale è dotato, altresì, di telefono fisso e al suo interno è esposto un elenco contenente i numeri telefonici del servizio sanitario di emergenza.

4. Le piscine appartenenti alle classi A/2 e B/1 sono dotate, in un locale di facile accesso, di telefono fisso e elenco contenente i numeri telefonici del servizio sanitario di emergenza.

Art. 202

(Regolamento interno)

1. Il responsabile della piscina adotta un regolamento interno per la disciplina del rapporto con gli utenti, in riferimento agli aspetti igienico-sanitari. In particolare il regolamento determina elementi comportamentali e di igiene personale che contribuiscono a mantenere idonee le condizioni nell'impianto natatorio, nonché il numero massimo di frequentatori e di bagnanti.

Art. 203

(Requisiti igienico-sanitari e ambientali)

1. Le piscine di cui all' [articolo 187, comma 2](#) , rispettano i requisiti igienico-sanitari e ambientali relativi alle caratteristiche delle acque utilizzate, alle sostanze da impiegare per il trattamento dell'acqua, ai punti di prelievo, ai requisiti termoigrometrici, di ventilazione, illuminotecnici e acustici stabiliti dalla tabella A all'allegato 1 dell'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003.

2. I requisiti igienico-sanitari relativi alle caratteristiche delle acque utilizzate, di cui all'allegato 1 e alla tabella A del citato Accordo Stato-Regioni, sono applicati anche alle piscine classificate B/2.

Art. 204

(Sanzioni amministrative)

1. I comuni esercitano le funzioni amministrative relativamente all'applicazione delle sanzioni per le violazioni delle norme di cui al presente Capo, sulla base dell'accertamento delle violazioni effettuato dalla Azienda USL competente.

2. La violazione del numero massimo di frequentatori e di bagnanti ammissibili di cui all' [articolo 190](#) comporta la chiusura dell'attività balneare per un massimo di cinque giorni.

3. La violazione delle disposizioni sulle comunicazioni di cui agli articoli 192 ed 193 comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 500,00 a E 2.400,00.

4. La violazione delle disposizioni sui compiti del responsabile della piscina di cui all' [articolo 194, comma 2](#) , lettere a) e d), e [comma 4](#) comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 300,00 a E 3.000,00.

5. La violazione dei requisiti strutturali di cui all' [articolo 195](#) comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 300,00 a E 3.000,00.

6. La violazione delle disposizioni di cui all' [articolo 196](#) comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 800,00 a E 4.000,00.

7. La violazione delle disposizioni di cui all' [articolo 198](#) comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 800,00 a E 4.500,00.

8. La violazione delle disposizioni di cui all' [articolo 201](#) comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 500,00 a E 3.500,00.

9. La violazione dei requisiti igienico-sanitari e ambientali, di cui all' [articolo 203, comma 1](#) , ove non venga provveduto tempestivamente al ripristino dei requisiti stessi, comporta l'applicazione della sanzione amministrativa da E 500,00 a E 5.000,00.

10. La recidiva delle violazioni di cui ai commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 comporta la chiusura dell'attività balneare fino al ripristino delle condizioni la cui violazione ha comportato l'applicazione delle sanzioni di cui al presente articolo.

Art. 205

(Norme regolamentari)

1. La Regione, al fine di assicurare le esigenze unitarie, stabilisce con norme regolamentari:

a) il numero massimo dei frequentatori e dei bagnanti di cui all' [articolo 190](#) ;

b) le modalità di comunicazione di inizio delle attività alla Azienda USL competente di cui all' [articolo 192](#) ;

c) le figure professionali dell'assistente bagnanti e dell'addetto agli impianti tecnologici di cui all' [articolo 194, comma 4](#) , nonché eventuali deroghe di cui allo stesso [articolo 194, comma 6](#) ;

d) i requisiti strutturali di cui all' [articolo 195](#) ;

e) le modalità ed i criteri per la tenuta della documentazione di cui all' [articolo 196](#) ;

f) le modalità ed i criteri per i controlli interni di cui all' [articolo 198](#) ;

g) le modalità ed i criteri per i controlli esterni delle ASL di cui all' [articolo 199](#) ;

h) i materiali e le attrezzature di primo soccorso di cui all' [articolo 201, comma 3](#) ;

i) le disposizioni tecniche da inserire nel regolamento interno di cui all' [articolo 202](#) .

Capo IV

[...] ^[147] *BENESSERE ANIMALE, TUTELA DEGLI ANIMALI DI AFFEZIONE, PREVENZIONE E CONTROLLO DEL RANDAGISMO* ^[148]

[Art. 206] ^[149]

Art. 206

(Oggetto e finalità)

1. La Regione, con il presente Capo, nell'esercizio delle proprie competenze ai sensi dell' [articolo 117 della Costituzione](#) e in attuazione della [legge 14 agosto 1991, n. 281](#) (Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo) nonché delle ulteriori disposizioni vigenti in materia:

- a) promuove il benessere degli animali;
- b) promuove e disciplina la tutela degli animali di affezione;
- c) adotta i provvedimenti e le misure necessarie a contrastare il randagismo e favorire l'adozione, promuovendo in particolare il possesso responsabile degli animali di affezione e il controllo delle nascite;
- d) promuove tutti gli interventi atti a superare la filosofia del ricovero permanente degli animali di affezione, favorendo azioni volte all'affidamento e all'adozione, nel rispetto delle disposizioni previste dal presente Capo.

2. La Regione riconosce agli animali da affezione lo status di essere senziente e come tale il diritto alla dignità e al rispetto delle proprie esigenze fisiologiche ed etologiche.

3. La Regione tutela le condizioni di vita degli animali d'affezione e promuove la corretta relazione uomo-animali-ambiente impostata sul rispetto di ogni essere vivente, al fine di garantire forme di convivenza rispettose del benessere degli animali e dell'uomo.

4. La Regione riconosce, promuove e valorizza il ruolo sociale degli animali di affezione nella vita della collettività e del singolo individuo. Favorisce, altresì, l'integrazione animale-uomo anche promuovendo, nel rispetto delle norme igieniche e di sicurezza, l'accesso degli animali di affezione ai luoghi pubblici o aperti al pubblico, ai mezzi di trasporto pubblici, alle strutture ricettive e sanitarie. La Giunta regionale stabilisce, con proprio atto, le misure di promozione dell'accesso.

5. La Regione promuove, inoltre, l'impiego degli animali di affezione per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) di cui all' [articolo 213](#) e per il sostegno alla disabilità, tutelandone il rispetto e il benessere sia fisico che etologico.

[150]

[Art. 207] [151]

Art. 207*(Definizioni)*

1. Ai fini del presente Capo si intende per:

a) animale di affezione: ogni animale tenuto o destinato ad essere tenuto dall'uomo per compagnia senza fini produttivi o alimentari, compresi gli animali che svolgono attività utili all'uomo, come il cane per disabili, gli animali per gli IAA, per la riabilitazione e impiegati nella pubblicità. Gli animali selvatici in libertà non sono considerati animali di affezione;

b) cane o gatto vagante: cane o gatto segnalato libero nel territorio senza mezzi di contenzione;

c) cane abbandonato: cane vagante per il quale è possibile risalire al proprietario o al detentore;

d) cane randagio: cane vagante non identificato e comunque non riconducibile ad un proprietario o ad un detentore;

e) cane a rischio di aggressività: cane che, dopo valutazione comportamentale da parte del servizio veterinario delle aziende unità sanitarie locali, di seguito denominato servizio veterinario, eventualmente coadiuvato da un medico veterinario esperto in comportamento animale, viene dichiarato a rischio elevato per l'incolumità pubblica e degli altri animali;

f) proprietario: qualunque persona fisica o giuridica responsabile di un animale di affezione che, in tale qualità, ha provveduto a registrarlo all'anagrafe regionale degli animali di affezione di cui all' [articolo 219](#) o che comunque lo detiene stabilmente;

g) detentore: qualunque persona fisica o giuridica che detiene temporaneamente, a qualsiasi titolo, anche su incarico del proprietario, un animale di affezione e ne assume la responsabilità per il relativo periodo;

h) gatto libero: gatto vagante nel territorio non riconducibile ad un proprietario o ad un detentore;

i) colonia felina: gruppo di almeno cinque gatti adulti, di entrambi i sessi, in età riproduttiva, che vive in libertà, legato stabilmente con un territorio e con l'uomo. La colonia felina è individuata in aree pubbliche o aperte al pubblico di centri abitati ed è accudita ed alimentata, al di fuori di una proprietà privata, da associazioni di volontariato per la protezione degli animali, di seguito denominate associazioni di volontariato, o da singoli cittadini, individuati quali responsabili della colonia stessa;

j) gattile sanitario: struttura sanitaria di ricovero temporaneo, ubicata all'interno dei canili sanitari e dei canili privati convenzionati adibiti a canile sanitario, dove sono somministrate cure ed è assicurata degenza o osservazione sanitaria a gatti liberi, appartenenti o non a colonie feline, recuperati per motivi sanitari, in attesa di essere reimmessi nel territorio o nel gruppo a cui appartengono;

k) oasi felina: struttura pubblica, gestita dai comuni singoli o associati direttamente o mediante convenzioni, o privata convenzionata con comuni singoli o associati, recintata, ad ingresso controllato, nella quale vengono ospitati i gatti che non possono essere immessi nel territorio per problematiche sanitarie e/o etologiche;

l) detenzione per finalità ludico sportive: detenzione, per finalità connesse alla cinofilia o all'attività venatoria, senza scopo di lucro, nella medesima struttura, di un numero di cani superiore a dieci, appartenenti a diversi proprietari;

m) canile sanitario: struttura sanitaria pubblica, gestita dai comuni singoli o associati direttamente o mediante convenzioni, provvista di ambulatorio per gli interventi sanitari ed adibita al ricovero temporaneo dei cani randagi catturati, ovvero dal momento della cattura fino ad un massimo di sessanta giorni e comunque fino alla sterilizzazione da parte del servizio veterinario;

n) canile rifugio: struttura pubblica, gestita da comuni singoli o associati direttamente o mediante convenzioni, adibita a ricovero dei cani randagi catturati che hanno superato il periodo di ricovero temporaneo di sessanta giorni presso il canile sanitario, comunque finalizzata all'adozione degli animali;

o) canile privato convenzionato: struttura privata convenzionata adibita a canile sanitario e/o a canile rifugio, destinata al ricovero di cani randagi catturati nel territorio comunale, che può ospitare anche cani e gatti di privati;

p) detenzione personale a scopo amatoriale con finalità non economiche: detenzione di uno o più animali di affezione a scopo amatoriale da parte di un unico proprietario o comunque di un nucleo familiare;

q) detenzione con finalità economiche: detenzione di animale di affezione finalizzata ad attività economica, quale:

- 1) allevamento di cani e di gatti, in numero pari o superiore a cinque fattrici o trenta cuccioli per anno;
- 2) negozi di vendita di animali;
- 3) pensioni per animali;
- 4) attività di toelettatura;
- 5) centri di addestramento.

[152]

[Art. 208] [153]

Art. 208

(Competenze della Regione)

1. La Giunta regionale provvede, in particolare:

- a) a stabilire i criteri per la costruzione, il risanamento e la corretta gestione dei canili sanitari e dei canili rifugio;
- b) ad adottare il piano triennale degli interventi di prevenzione del randagismo degli animali di affezione di cui all' [articolo 211](#) ;
- c) ad approvare il programma annuale degli interventi, attuativo del piano di cui alla [lettera b\)](#) ;
- d) a garantire l'implementazione e lo sviluppo dell'anagrafe regionale informatizzata degli animali di affezione, nonché l'accesso alla stessa da parte dei comuni singoli o associati e dei soggetti competenti al controllo, ai sensi della normativa vigente;
- e) a stabilire le tariffe minime per il mantenimento giornaliero dei cani nei canili di cui all' [articolo 219 ter](#) e dei gatti nelle oasi feline di cui all' [articolo 219 quater](#) , idonee a garantire le condizioni di benessere degli animali stessi;
- f) ad emanare linee di indirizzo al servizio veterinario sui criteri per il rilascio ai veterinari liberi professionisti dell'autorizzazione all'iscrizione degli animali da affezione nell'anagrafe di cui alla [lettera d\)](#) ;
- g) a promuovere l'adozione degli animali ospitati nei canili rifugio e nei canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio anche mediante convenzioni con l'Università degli Studi di Perugia e campagne di sensibilizzazione da realizzare in collaborazione con i comuni singoli o associati, con il servizio veterinario e con le associazioni di volontariato;

h) a stabilire i tassi di affidamento annuale che devono essere rispettati dai canili rifugio e dai canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio secondo il criterio per cui i tassi medesimi devono essere inversamente proporzionali alle percentuali di affidamento delle singole strutture, calcolate sulla base dei dati dell'anno precedente;

i) a stabilire i criteri e le modalità per il riparto dei contributi, tra i comuni singoli o associati, per la realizzazione degli interventi di loro competenza;

j) a istituire un numero unico per le emergenze veterinarie e di pronto soccorso.

[154]

[Art. 209] [155]

Art. 209

(Competenze dei comuni)

1. I comuni, singoli o associati, provvedono in particolare:

a) ad attuare piani di controllo delle nascite attraverso la sterilizzazione;

b) alla costruzione dei canili sanitari e dei canili rifugio e alla ristrutturazione di quelli esistenti, nel rispetto del piano di cui all' [articolo 211](#) ;

c) all'individuazione, in assenza delle strutture di cui alla [lettera b\)](#) , di strutture di ricovero, pubbliche o private, preposte alla funzione di canile sanitario e di canile rifugio;

d) a gestire i canili sanitari, i canili rifugio e le oasi feline, direttamente o mediante convenzioni con le associazioni di volontariato di cui all' [articolo 219 ter, comma 1, lettera a\)](#) , o con soggetti privati che garantiscono la presenza, nella struttura, di volontari delle associazioni medesime preposti alla gestione delle adozioni e degli affidamenti dei cani e dei gatti; ⁽²⁾

e) a rispettare i tassi di affidamento, secondo quanto stabilito dalla Giunta regionale ai sensi dell' [articolo 208, comma 1, lettera h\)](#) , nella gestione diretta dei canili rifugio di cui alla [lettera d\)](#) ;

f) a promuovere, organizzare e partecipare a campagne di sensibilizzazione per incentivare le adozioni dei cani ricoverati presso i canili rifugio e i canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio, in collaborazione con la Regione, con il servizio veterinario e con le associazioni di volontariato;

g) ad eseguire, tramite il servizio veterinario, gli adempimenti di identificazione e registrazione dei cani randagi rinvenuti sul proprio territorio, ai sensi dell' [articolo 219, comma 6](#) ;

h) a collocare presso un canile rifugio o un canile privato convenzionato adibito a canile rifugio i cani vaganti rinvenuti o catturati sul proprio territorio, ai sensi dell' [articolo 219 bis, comma 1](#) ;

i) ad assicurare ricovero, custodia, identificazione, sterilizzazione, mantenimento e assistenza sanitaria dei gatti ospitati nelle oasi feline del proprio territorio;

j) a censire, d'intesa e in collaborazione con il servizio veterinario, le colonie feline e ad autorizzarne la gestione da parte di privati cittadini o di associazioni di volontariato che ne facciano richiesta, vigilando sul rispetto delle condizioni igienico-sanitarie degli animali e sul controllo delle nascite;

k) a garantire la raccolta e lo smaltimento delle carcasse degli animali, non identificati o comunque non riconducibili ad un proprietario o ad un detentore, deceduti sul territorio di competenza, anche attraverso la stipula di convenzioni con soggetti autorizzati.

2. Nella gestione dei canili rifugio mediante le convenzioni di cui al [comma 1, lettera d\)](#) , i Comuni devono adottare idonee misure affinché vengano rispettati i tassi di affidamento, secondo quanto stabilito dalla Giunta regionale ai sensi dell' [articolo 208, comma 1, lettera h\)](#) , individuando il mancato rispetto dei tassi medesimi come inadempienze alle convenzioni stipulate, anche prevedendo l'eventuale risoluzione delle stesse.

[3.] [157]

3. Per incentivare l'adozione dei cani ospitati nei canili rifugio e dei gatti ospitati nelle oasi feline i Comuni, anche con le risorse messe a disposizione dalla Regione, prevedono la corresponsione di agevolazioni a rimborso di spese medico-veterinarie o alimentari eventualmente sostenute. Al di fuori di tali modalità non possono essere elargiti incentivi di natura economica o in denaro per promuovere l'adozione medesima. La Giunta regionale, con proprio atto, provvede a disciplinare quanto previsto dal presente comma. ^[158]

[156]

[Art. 210] ^[159]

Art. 210

(Competenze delle aziende unità sanitarie locali)

1. Le aziende unità sanitarie locali provvedono, in particolare:

a) all'inserimento di apposito microchip in ogni animale di affezione di cui all' [articolo 219](#) e all'iscrizione dell'animale stesso all'anagrafe regionale di cui al medesimo [articolo 219](#) ;

b) all'aggiornamento dell'anagrafe regionale informatizzata degli animali d'affezione di cui alla [lettera a\)](#) ;

c) alla cattura di cani vaganti;

d) all'affidamento temporaneo dei cani randagi catturati, ai sensi dell' [articolo 219 bis, comma 3](#) , nonché all'osservazione, profilassi e assistenza sanitaria dei cani in affidamento temporaneo ai sensi dello stesso [articolo 219 bis, comma 4](#) ;

e) ai controlli pre e post affido eseguiti a campione anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato ai sensi dell' [articolo 219 bis, comma 11](#) , nonché al controllo, alla profilassi e all'assistenza sanitaria sugli animali custoditi nei canili sanitari e nei canili privati convenzionati adibiti a canile sanitario;

f) alla identificazione e sterilizzazione dei cani randagi catturati sul territorio, nonché all'identificazione, sterilizzazione e cura dei gatti appartenenti alle colonie feline;

g) a partecipare ad iniziative di informazione e promozione sulle materie di cui al presente Capo, anche in collaborazione con la Regione, i comuni singoli o associati e le associazioni di volontariato;

h) a collaborare con i comuni singoli o associati nel censimento delle colonie feline, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;

i) alla soppressione dei cani randagi e dei gatti, qualora ricorrano le condizioni di cui all' [articolo 216](#) ;

j) all'esame ed alla valutazione dei cani morsicatori o a rischio di aggressività;

k) al servizio di reperibilità e pronto soccorso veterinario per animali di affezione feriti o incidentati, anche in convenzione con l'Università degli Studi di Perugia;

l) all'erogazione delle prestazioni di primo e di secondo livello di cui all' [articolo 219 quinquies](#) ;

m) alla collaborazione nella redazione e nell'attuazione del Piano e del programma di cui all' [articolo 211](#) ;

m-bis) all'irrogazione delle sanzioni amministrative di cui all' [articolo 219-septies](#) . ^[161]

2. Le funzioni e le attività di cui al presente articolo sono svolte da apposita unità organizzativa delle aziende unità sanitarie locali.

[160]

[Art. 211] ^[162]

Art. 211

(Piano degli interventi di prevenzione del randagismo degli animali di affezione e programma annuale)

1. La Giunta regionale, sentite le aziende unità sanitarie locali, adotta il piano degli interventi di prevenzione del randagismo degli animali di affezione, di seguito denominato piano.

2. Il piano stabilisce, in particolare:

a) i criteri per gli interventi di costruzione, risanamento e corretta gestione dei canili sanitari e dei canili rifugio;

b) le iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione, da svolgere anche in ambito scolastico, al fine di promuovere una maggiore consapevolezza del rapporto fra uomo, animali e ambiente;

c) i corsi di aggiornamento sul benessere degli animali rivolti ai medici veterinari, al personale di vigilanza delle aziende unità sanitarie locali e alle guardie zoofile;

d) la determinazione delle tariffe per le prestazioni previste dal presente Capo.

3. Il piano è approvato dall'Assemblea legislativa ed ha validità triennale.

4. La Giunta regionale, in attuazione del piano, entro il 30 aprile di ogni anno adotta il programma annuale degli interventi di prevenzione del randagismo degli animali di affezione, di seguito denominato programma, elaborato in

collaborazione con le aziende unità sanitarie locali, sentiti gli Ordini Provinciali dei Medici Veterinari e le associazioni di volontariato iscritte all'Elenco di cui all' [articolo 212](#) . ⁽⁸⁾

[163]

[Art. 212] [\[164\]](#)

Art. 212

(Elenco delle associazioni di volontariato per la protezione degli animali) ⁽⁹⁾

1. Presso la struttura regionale competente in materia di Sanità veterinaria è istituito l'Elenco delle associazioni di volontariato per la protezione degli animali, di seguito denominato elenco.
2. La struttura di cui al [comma 1](#) è preposta alla tenuta dell'elenco, nel quale possono essere inserite, su apposita richiesta, tutte le associazioni di volontariato, ferma restando la possibilità di iscrizione al registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui all' [articolo 371](#) .
3. Con apposito atto della Giunta regionale sono disciplinate le modalità di tenuta dell'elenco nonché i criteri per l'inserimento nello stesso delle associazioni di volontariato di cui al [comma 1](#) .

[165]

[Art. 213] [\[166\]](#)

Art. 213

(Interventi Assistiti con gli Animali - IAA)

1. La Regione, nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti, promuove la conoscenza e l'utilizzo degli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA), a valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa, nei seguenti ambiti di intervento: Terapia Assistita con gli Animali (TAA), Educazione Assistita con gli Animali (EAA) e Attività Assistita con gli Animali (AAA).
2. La Giunta regionale, con proprio atto, provvede ad attuare quanto previsto al [comma 1](#) .

[167]

[Art. 214] [\[168\]](#)

Art. 214

(Responsabilità e doveri del proprietario e del detentore)

1. Chiunque sia proprietario o detentore di un animale di affezione è responsabile della sua salute e del suo benessere e deve provvedere alla sua idonea sistemazione, fornendogli adeguate cure e attenzioni, tenuto conto dei bisogni fisiologici ed etologici con riguardo alla specie, alla razza, all'età e al sesso.
2. Il proprietario e il detentore, fermi restando i divieti previsti dalla normativa vigente in materia, non possono:
 - a) detenere animali che non si possono adattare alla cattività;
 - b) detenere animali in numero o in condizioni tali da causare problemi di natura igienica o sanitaria ovvero da recare pregiudizio al benessere degli animali stessi;
 - c) usare animali come premio o regalo per giochi, feste, sagre, lotterie, sottoscrizioni o altre attività;
 - d) organizzare spettacoli, gare e rappresentazioni pubbliche o private che comportano maltrattamenti per gli animali;
 - e) utilizzare animali nella pratica dell'accattonaggio;
 - f) utilizzare animali di età inferiore a quattro mesi nelle mostre, nelle fiere espositive e nelle altre manifestazioni espositive;
 - g) esporre gli animali nei negozi a fini di vendita;
 - h) vendere o cedere cani non identificati e registrati, nonché cani di età inferiore ai sessanta giorni, fatti salvi i casi in cui i cuccioli devono essere allontanati dalla madre per motivi sanitari certificati da un medico veterinario del servizio veterinario o da un medico veterinario libero-professionista autorizzato ad accedere all'anagrafe regionale informatizzata degli animali di affezione;
 - i) utilizzare a scopo di sperimentazione gli animali di affezione che vivono in libertà o abbandonati;
 - j) selezionare, incrociare e addestrare cani per esaltarne l'aggressività;

k) abbandonare gli animali di affezione e lasciare gli stessi all'interno di un'abitazione senza alcuna vigilanza o forma di custodia e accudimento giornaliero adeguato a garantirne il benessere psico-fisico;

l) lasciare gli animali di affezione liberi o incustoditi.

3. Il proprietario e il detentore, ai fini della riproduzione di un animale di affezione, devono tenere conto delle caratteristiche fisiologiche e comportamentali del proprio animale tutelandone la salute e il benessere.

4. Il proprietario e il detentore devono denunciare le cucciolate al servizio veterinario entro venti giorni dall'evento, anche al fine di consentire il monitoraggio del successivo collocamento delle stesse.

[169]

Capo V

[...] [170]

[Art. 215] [171]

Art. 215

(Furto, smarrimento e ritrovamento di animali di affezione)

1. Il proprietario o il detentore dell'animale di affezione, ferme le disposizioni di cui all' [articolo 219, comma 7](#) , deve comunicare, entro tre giorni, l'eventuale furto o smarrimento dell'animale al servizio veterinario. La comunicazione deve specificare i dati del proprietario o del detentore, i dati identificativi dell'animale, il luogo e il giorno della scomparsa e qualsiasi altro elemento utile al ritrovamento dell'animale stesso. In caso di furto, alla comunicazione deve essere altresì allegata copia della relativa denuncia presentata all'autorità competente.

2. Fermo restando quanto previsto dall' [articolo 189, comma 9 bis, del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285](#) (Nuovo codice della strada), chiunque trovi un animale ferito o lo ferisca involontariamente è tenuto a prestargli soccorso o a provvedere affinché gli venga prestato soccorso.

3. Chiunque rinvenga uno o più cani vaganti sul territorio regionale è tenuto a comunicarne la presenza [...] [173] immediatamente [174] al comune o al servizio veterinario, fornendo le indicazioni necessarie al prelevamento. Il servizio veterinario provvede alla cattura dei cani vaganti rinvenuti.

[172]

[Art. 216] [175]

Art. 216

(Soppressione eutanasica)

1. La soppressione degli animali di affezione deve essere effettuata da medici veterinari esclusivamente con metodi incruenti che non arrechino sofferenza all'animale, preceduta da analgesia ed anestesia profonda, su animali affetti da una malattia inguaribile senza possibilità di miglioramento con alcuna terapia chirurgica o farmacologia. Lo stato di sofferenza dell'animale deve essere documentato da indagini cliniche complete di certificazione medico veterinaria. Tale documentazione, corredata da dichiarazione di avvenuta soppressione, deve essere conservata dal proprietario o dal detentore e dal medico veterinario per almeno due anni dalla data della soppressione. Il medico veterinario deve comunque evitare ogni forma di accanimento terapeutico.

2. La soppressione eutanasica deve essere riportata nel registro degli animali soppressi, tenuto dal servizio veterinario, con l'indicazione della diagnosi e del motivo della soppressione.

3. Qualora la soppressione eutanasica è effettuata da medici veterinari liberi professionisti, gli stessi sono tenuti a trasmettere copia della documentazione di cui al [comma 1](#) al servizio veterinario.

4. Fermo quanto previsto dalle disposizioni penali vigenti, è vietata la soppressione volontaria di animali d'affezione sani o affetti da malattie curabili di cui si è proprietari o detentori.

[176]

[Art. 217] [177]

Art. 217

(Trasporto di animali di affezione [179])

1. Il trasporto degli animali [...] [180] , fermo restando il rispetto delle disposizioni normative vigenti, deve avvenire in modo adeguato alla specie e deve essere evitata ogni condizione che possa esporre i soggetti trasportati a lesioni o sofferenze. I mezzi di trasporto devono avere caratteristiche tali da proteggere gli animali da intemperie o lesioni e consentire altresì l'ispezione e la cura degli stessi. La ventilazione e la cubatura d'aria devono essere adeguate alle condizioni di trasporto ed alle specie animali trasportate.

2. È consentito il trasporto di animali d'affezione sui mezzi di trasporto pubblici all'interno di idonei trasportini. I cani senza trasportino devono essere condotti al guinzaglio e con la museruola al seguito.

[178]

[Art. 218] [181]

Art. 218

(Detenzione degli animali di affezione)

1. Nel caso di detenzione personale a scopo amatoriale con finalità non economiche, i cani che vivono in civili abitazioni non devono essere confinati permanentemente in locali o terrazze, né mantenuti in condizioni d'isolamento.

Ai cani deve essere garantito adeguato movimento giornaliero. [183]

2. Le strutture adibite alla detenzione dei cani per finalità ludico sportive devono essere costruite tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni dell'animale e sottoposte alle autorizzazioni ai sensi della normativa vigente. I recinti e i box devono essere confortevoli e mantenuti in buone condizioni igienico-sanitarie.

3. Le strutture adibite alla detenzione degli animali di affezione per finalità economiche devono essere costruite tenendo conto delle caratteristiche etologiche specie specifiche e dei bisogni dell'animale e sottoposte alle autorizzazioni ai sensi della normativa vigente. I recinti e i box devono essere mantenuti in buone condizioni igienico-sanitarie. La detenzione in gabbie deve essere limitata e legata a particolari esigenze eccezionali.

4. La Giunta regionale, con proprio atto, per la detenzione degli animali di affezione, stabilisce i requisiti dei recinti, dei box e delle gabbie e le modalità di detenzione degli animali ivi ospitati.

5. È vietata la detenzione dei cani alla catena.

[182]

[Art. 219] [184]

Art. 219

(Identificazione e registrazione all'anagrafe regionale degli animali di affezione) (10)

1. Il proprietario di un cane è tenuto a registrarlo all'anagrafe regionale informatizzata, collocata nel Sistema Informativo Veterinario ed Alimenti (SIVA) e connessa con l'Anagrafe nazionale, entro sessanta giorni di vita dell'animale o entro dieci giorni dal possesso nel caso di animale non registrato. In ogni caso è obbligatoria la registrazione prima della cessione, effettuata a qualunque titolo.

2. Il cane è identificato mediante inserimento sottocutaneo nella regione del collo, dietro il padiglione auricolare sinistro, di un microchip conforme alle norme ISO.

3. L'applicazione del microchip deve essere effettuata esclusivamente dal servizio veterinario o da medici veterinari liberi professionisti, anche non operanti presso una struttura veterinaria, autorizzati ad accedere all'anagrafe di cui al [comma 1](#), secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale, con proprio atto. Con il medesimo atto sono inoltre stabilite le modalità per l'attuazione delle altre disposizioni previste dal presente articolo.

4. I veterinari che provvedono all'applicazione del microchip devono contestualmente effettuare la registrazione del cane identificato, nell'anagrafe regionale. Il certificato di iscrizione deve accompagnare il cane in tutti i trasferimenti di proprietà.

5. I medici veterinari di cui al [comma 3](#) devono in ogni caso verificare la presenza del microchip identificativo del cane. Nel caso di mancanza o di illeggibilità dello stesso, il proprietario o il detentore devono essere informati degli obblighi di legge e il medico veterinario libero professionista autorizzato ne deve dare comunicazione al servizio veterinario. L'omessa comunicazione al servizio veterinario comporta la revoca dell'autorizzazione di cui al [comma 3](#).

6. I comuni, nel caso di cani randagi rinvenuti sul proprio territorio, provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo tramite il servizio veterinario.

7. Il proprietario o il detentore del cane registrato all'anagrafe regionale deve comunicare al servizio veterinario:

a) lo smarrimento del cane, nei termini e con le modalità di cui all' [articolo 215, comma 1](#) ;

b) il furto del cane, nei termini e con le modalità di cui all' [articolo 215, comma 1](#) ;

c) la cessione del cane a titolo oneroso o gratuito, comunicando contestualmente le generalità e l'indirizzo del nuovo proprietario, entro dieci giorni;

d) la morte del cane, entro dieci giorni;

e) la variazione di residenza, entro dieci giorni.

8. Il proprietario di gatti può provvedere, secondo quanto previsto al [comma 3](#), alla identificazione degli stessi, mediante inoculazione sottocutanea di un microchip conforme alle norme ISO e contestuale registrazione all'anagrafe

regionale.

9. L'identificazione e iscrizione nell'anagrafe regionale di un gatto, ai sensi dell'Accordo del 24 gennaio 2013 tra il Governo, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane in materia di identificazione e registrazione degli animali da affezione, è obbligatoria nel caso di vendita o cessione dell'animale.

10. Il servizio veterinario o il medico veterinario libero professionista autorizzato, effettuati gli adempimenti di cui al presente articolo, rilascia al proprietario il documento di identità dell'animale, conforme alle indicazioni per il modello di identificazione e registrazione del cane e del gatto ai sensi dell'Accordo di cui al [comma 9](#), che attesta anche l'avvenuta iscrizione all'anagrafe regionale e gli interventi di profilassi e sanità veterinaria.

11. Salvo quanto previsto all' [articolo 219 quinquies, comma 5](#), al proprietario del cane o del gatto è addebitato il costo dell'apposizione del microchip. Le persone disabili sono esonerate da tale costo in caso di microchippatura di cani effettuata presso il servizio veterinario.

12. I cani non possono essere intestati a soggetti che non hanno compiuto il diciottesimo anno di età o a persone che abbiano riportato condanne definitive per i reati di cui al Libro II, Titolo IX bis e di cui all' [articolo 727 del codice penale](#).

13. I comuni devono dotare la propria polizia locale di almeno un dispositivo di lettura di microchip conforme alle norme ISO, al fine dell'effettuazione dei controlli di prevenzione del randagismo.

[185]

Art. 219 bis

(Controllo del randagismo, affidamento e adozione)

1. Il Sindaco è responsabile dei cani vaganti rinvenuti o catturati sul territorio del comune e, dopo il periodo di osservazione nel canile sanitario ovvero qualora non ricorrano le condizioni di cui al [comma 2](#), ha l'obbligo di collocarli presso un canile rifugio o un canile privato convenzionato adibito a canile rifugio. La collocazione presso il canile privato convenzionato può avvenire solo qualora non sia presente un canile rifugio ovvero non sia possibile il ricovero presso quest'ultimo. Il Sindaco è altresì responsabile delle colonie feline di cui all' [articolo 219 quater](#).

2. Fermi i casi di maltrattamento o abbandono previsti dal [codice penale](#), i cani vaganti catturati, laddove identificati, devono essere restituiti al proprietario o al detentore. Le spese di cattura e di custodia sono, in ogni caso, a carico di questi ultimi.

3. I cani randagi catturati sono identificati ai sensi dell' [articolo 219](#) e introdotti nei canili sanitari dove sono effettuate la profilassi e l'assistenza sanitarie. Il servizio veterinario, in alternativa all'immissione nei canili sanitari e previa motivazione, può disporre, in particolare se si tratta di cuccioli, l'affidamento temporaneo del cane stesso al soggetto che lo ha rinvenuto, a privati cittadini che ne facciano richiesta o ad un'associazione di volontariato [...]
[187] di protezione animali iscritta nel registro di cui all' [articolo 371](#). Gli affidatari devono garantirne adeguata sistemazione e buon trattamento. [188].

4. Il servizio veterinario provvede all'osservazione, alla profilassi e all'assistenza sanitaria dell'animale affidato temporaneamente, presso il canile sanitario dove l'affidatario si deve impegnare a portarlo, previo accordo con il servizio veterinario, o presso la struttura dell'associazione di volontariato.

5. Qualora i cani randagi di cui al [comma 3](#) non siano reclamati entro il termine di sessanta giorni dalla cattura o dal rinvenimento, e venga accertato il buon trattamento, l'affidamento temporaneo diventa definitivo.

[6.] [189]

6. I cani vengono sterilizzati prima dell'adozione, quale affidamento definitivo, o del loro trasferimento nei canili rifugio o nei canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio, ad esclusione dei cuccioli che devono essere obbligatoriamente sterilizzati in età idonea, anche successivamente all'affidamento. [190]

7. Fermo quanto previsto dalla normativa statale vigente, i cani, ivi compresi quelli vaganti, randagi e quelli ospitati presso i canili di cui all' [articolo 219 ter](#), e i gatti, ivi compresi quelli vaganti, liberi, di colonia e quelli ospitati presso le oasi feline, non possono essere destinati alla sperimentazione, né soppressi salvo quanto previsto dall' [articolo 216](#).

8. Al fine di favorire e promuovere l'adozione di cani, i canili rifugio e i canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio devono consentire l'accesso alle associazioni di volontariato, secondo procedure concordate tra i Comuni, i gestori dei canili e le associazioni medesime, e devono prevedere giornalmente regolari orari di apertura al pubblico delle strutture non inferiori alle due ore al giorno, per consentire un agevole accesso ai soggetti interessati.

9. Allo scopo di garantire il benessere dei cani, sia in caso di affidamento che di adozione di norma non possono essere consegnati più di due animali nel periodo temporale di un anno per ciascun richiedente. Tale limite non si applica nel caso di associazioni di volontariato iscritte nel Registro di cui all' [articolo 371](#).

10. Il richiedente, sia ai fini dell'affidamento che dell'adozione, deve possedere la maggiore età, garantire il buon trattamento dell'animale ed inoltre deve sottoscrivere apposita richiesta di affidamento o adozione contenente, tra l'altro, l'impegno ad acconsentire al controllo, da parte del servizio veterinario, sull'animale affidato. Il richiedente inoltre, sia nel caso di privati che di associazioni di volontariato, deve essere l'affidatario effettivo dell'animale. Di

norma non sono ammesse deleghe, neanche per il tramite delle associazioni di volontariato medesime. Le deleghe non sono comunque consentite se non viene garantita da parte del richiedente la tracciabilità dell'animale affidato.

11. Il servizio veterinario, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, sia in caso di affidamento che di adozione, provvede ad effettuare i necessari controlli pre e post affido, eseguiti a campione, sull'animale affidato o adottato.

12. È vietato l'affidamento o l'adozione di cani, gatti e altri animali d'affezione a chi ha riportato condanne definitive per maltrattamento, uccisione di animali o provvedimento di sequestro e/o confisca di animali da parte dell'autorità competente.

[186]

Art. 219 ter
(Canili)

1. L'accoglienza dei cani, ai fini della lotta al randagismo, si effettua nelle seguenti strutture, che devono essere sottoposte alle autorizzazioni ai sensi della normativa vigente e devono garantire il mantenimento nel tempo dei requisiti previsti e degli standard di benessere animale:

a) canili sanitari e canili rifugio, gestiti dai comuni singoli o associati direttamente o mediante la stipula di apposite convenzioni con le associazioni di volontariato iscritte al Registro di cui all' [art. 371](#) o con i soggetti privati di cui all' [articolo 209, comma 1, lettera d\)](#) ;

b) canili privati convenzionati con comuni singoli o associati.

2. I canili di cui al [comma 1](#) devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) idonea distanza da abitazioni e centri abitati;

b) approvvigionamento idrico;

c) scarichi conformi alla normativa vigente;

d) ricoveri individuali o per più animali, costituiti almeno da una zona riparata, facilmente lavabile e disinfettabile;

d bis) un ambulatorio o medicheria; [\[192\]](#)

e) un locale adibito allo stoccaggio e alla preparazione dei mangimi, nonché spogliatoi, docce e servizi igienici per il personale adibito alla cura degli animali, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

f) apertura al pubblico per le adozioni secondo quanto previsto dall' [articolo 219 bis, comma 8](#) .

3. I canili sanitari ed i canili privati convenzionati adibiti a canile sanitario devono inoltre possedere i seguenti locali:

a) un ambulatorio per primi interventi di pronto soccorso e per la profilassi sanitaria;

b) un locale per l'isolamento ed il controllo di eventuali malattie infettive;

c) un reparto riservato esclusivamente alla custodia dei cani soggetti ad osservazione sanitaria;

d) un reparto adibito esclusivamente ai cani in custodia temporanea;

e) un reparto riservato esclusivamente alla custodia dei cuccioli e delle femmine in allattamento.

4. I canili rifugio e i canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio devono garantire la quotidiana assistenza di un medico veterinario libero professionista in qualità di direttore sanitario e, all'occorrenza, di un medico veterinario esperto in medicina comportamentale.

5. Il controllo, la profilassi e l'assistenza sanitaria nei canili sanitari e nei canili privati convenzionati adibiti a canile sanitario sono assicurati dal servizio veterinario.

6. I canili sanitari e i canili privati convenzionati adibiti a canile sanitario devono essere, fisicamente e funzionalmente, separati dalle altre strutture dove vengono detenuti i cani.

7. Nei canili rifugio e nei canili privati convenzionati adibiti a canile rifugio possono essere tenuti in custodia, a pagamento, animali di affezione di privati.

8. Le strutture di cui al [comma 1](#) devono registrare su supporto informatico, gli ingressi, le uscite e i decessi degli animali attraverso l'utilizzo del SIVA.

9. La Giunta regionale, con proprio atto, stabilisce i requisiti strutturali, tecnici e gestionali delle strutture di cui al [comma 1](#) , nonché le modalità e i tempi di adeguamento per quelle non in possesso dei requisiti medesimi.

[191]

Art. 219 quater
(*Colonie e oasi feline*)

1. La Regione promuove la tutela dei gatti che vivono in libertà favorendone il mantenimento nel loro habitat naturale. Il servizio veterinario può provvedere al ricovero temporaneo dei gatti solamente per motivi di cura, anche a seguito di intervento di soccorso o di recupero per malattie debilitanti o per decorso post-operatorio.

2. Il comune tutela i gatti presenti sul territorio di propria competenza e, previo parere del servizio veterinario, ne dispone il trasferimento in luoghi ritenuti più idonei e di maggior garanzia in termini di sopravvivenza e benessere.

3. Il comune, in collaborazione con il servizio veterinario, provvede a censire le colonie feline.

4. I gatti della colonia felina sono identificati, sterilizzati e curati dal servizio veterinario che, salvo quanto previsto al [comma 6](#) ovvero salva la necessità di ricoverarli nei gattili sanitari per i motivi di cui al [comma 1](#), li ricolloca nel territorio o nel gruppo cui appartengono.

5. I soggetti privati e le associazioni di volontariato iscritte all'elenco di cui all' [articolo 212](#) possono gestire a proprie spese le colonie feline, previo accordo con il comune e con il servizio veterinario, al fine di curare la salute e le condizioni di benessere dei gatti.

6. Il comune, d'intesa con il servizio veterinario, può disporre l'allontanamento dei gatti dalla colonia felina ove si renda necessario per la loro tutela o per gravi motivazioni sanitarie, trasferendoli nelle oasi feline o individuando altra idonea collocazione.

7. Le oasi feline, gestite dai comuni singoli o associati direttamente o mediante convenzioni con le associazioni di volontariato iscritte al Registro di cui all' [articolo 371](#) o con i soggetti privati di cui all' [articolo 209, comma 1, lettera d\)](#), devono essere adeguate alle esigenze etologiche e fisiologiche dei gatti ospitati e devono consentire, al fine di agevolare e promuovere le adozioni, l'ingresso al pubblico e il libero accesso alle associazioni di volontariato secondo procedure concordate tra i Comuni, i gestori delle oasi e le associazioni medesime. Nelle oasi feline sono assicurati ricovero, custodia, identificazione, sterilizzazione, mantenimento e assistenza sanitaria dei gatti ospitati.

[193]

Art. 219 quater bis
(*Convenzioni con le associazioni di volontariato protezionistiche* [\[195\]](#))

[1.] [\[196\]](#)

1. Le convenzioni con le associazioni di volontariato di protezione animali di cui all' [articolo 219-ter, comma 1, lettera a\)](#) e 219-quater, comma 7, sono predisposte nel rispetto del [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#) (Codice del Terzo Settore, a norma dell' [articolo 1, comma 2, lettera b\)](#), della [legge 6 giugno 2016, n. 106](#)) e delle linee guida emanate, al riguardo, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). [\[197\]](#)

[194]

Art. 219 quinquies
(*Medicina veterinaria*)

1. Gli interventi di medicina veterinaria erogati agli animali di affezione consistono in prestazioni di primo livello e di secondo livello.

2. Le prestazioni di primo livello, erogate dal servizio veterinario o da medici veterinari liberi professionisti consistono, in particolare, nei seguenti interventi:

- a) inoculazione del microchip e iscrizione nell'anagrafe regionale;
- b) profilassi vaccinale;
- c) profilassi e cura di endo ed ectoparassitosi;
- d) profilassi e cura di malattie zoonotiche;
- e) prevenzione e controllo delle nascite attraverso la sterilizzazione;
- f) interventi clinici e chirurgici di base e di primo soccorso.

3. Le prestazioni di secondo livello consistono in interventi complessi, anche urgenti, e sono erogate, previa stipulazione di protocollo d'intesa con la Regione, dall'Ospedale Veterinario Universitario Didattico dell'Università degli Studi di Perugia o da strutture private autorizzate per lo svolgimento di tali attività.

4. Il servizio veterinario organizza servizi di pronto intervento, notturno e festivo, per garantire l'erogazione delle prestazioni veterinarie nei confronti di cani e gatti vaganti. Le spese per le prestazioni erogate a cani o gatti riconducibili ad un proprietario o ad un detentore sono, in ogni caso, a carico di questi ultimi.

[5.] [\[199\]](#)

5. La Regione assicura l'erogazione di prestazioni veterinarie gratuite, compresa la microchippatura e la sterilizzazione, ai cani e ai gatti di proprietà di soggetti in situazione di svantaggio economico e di persone disabili, e ai cani e gatti impiegati negli IAA. La Giunta regionale, con proprio atto, provvede a disciplinare quanto previsto dal presente comma. [\[200\]](#)

6. Nell'ambito di ciascuna azienda unità sanitaria locale deve essere sempre assicurata la presenza di un canile sanitario dotato di un ambulatorio veterinario in grado di erogare le prestazioni di primo livello di cui al [comma 2](#) .

[\[198\]](#)

Art. 219 sexies

(Cani morsiatori e a rischio di aggressività)

1. Fermo quanto stabilito dagli articoli 86 e 87 del [decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320](#) (Regolamento di polizia veterinaria), a seguito di morsicatura o aggressione il servizio veterinario attiva un percorso mirato all'accertamento delle condizioni psicofisiche dell'animale e della corretta gestione da parte del proprietario.

2. I medici veterinari liberi professionisti informano i proprietari di cani in merito alla disponibilità di percorsi formativi e, nell'interesse della salute pubblica, segnalano al servizio veterinario la presenza, tra i loro assistiti, di cani che richiedono una valutazione comportamentale, in quanto impegnativi per la corretta gestione ai fini della tutela dell'incolumità pubblica.

3. Il servizio veterinario in caso di rilevazione di rischio elevato per l'incolumità pubblica e degli altri animali, stabilisce le misure di prevenzione e la necessità di una valutazione comportamentale e di un eventuale trattamento da parte di medici veterinari esperti in comportamento animale con spese a carico del proprietario.

4. Il servizio veterinario tiene un registro aggiornato dei cani valutati a rischio di aggressività ai sensi del [comma 3](#) .

5. I proprietari dei cani inseriti nel registro di cui al [comma 4](#) devono stipulare una polizza di assicurazione di responsabilità civile per danni contro terzi causati dal proprio cane, ed inoltre devono applicare agli stessi guinzaglio e museruola quando si trovano in aree urbane e nei luoghi aperti al pubblico.

6. Qualora, al termine del trattamento comportamentale, il servizio veterinario accerti l'incapacità di gestione del cane da parte del proprietario, il comune provvede al sequestro ed alla confisca del cane.

7. Il proprietario può rinunciare alla custodia del cane valutato a rischio elevato. Lo stesso deve sostenere le spese di mantenimento e del trattamento comportamentale, fino all'eventuale cambiamento di proprietà.

8. Qualora un cane venga valutato come irrecuperabile, lo stesso può essere mantenuto, a spese del proprietario, presso un'associazione iscritta all'elenco di cui all' [articolo 212](#) ovvero ceduto all'associazione medesima.

[\[201\]](#)

Art. 219 septies

(Sanzioni) [\(11\)](#)

1. Fatte salve le ipotesi di responsabilità penale, ai contravventori del presente Capo, si applicano le seguenti sanzioni:

a) da euro 150,00 a euro 900,00 per chi viola le disposizioni di cui agli articoli 214, comma 2, lettere a), b), c), e), f), g), h) e l) e 4 e 218, comma 5 e all' [articolo 214, comma 4](#) , per le cucciolate [\[203\]](#) ;

b) da euro 3.000,00 a euro 18.000,00 per chi viola le disposizioni di cui agli articoli 214, comma 2, lettere i) e j), e 219 bis, comma 7;

c) da euro 25,00 a euro 150,00 per ogni animale, per chi viola le disposizioni di cui all' [articolo 217](#) , commi 1 e 2;

d) da euro 50,00 a euro 300,00 per chi viola le disposizioni di cui agli articoli 216, commi 1, 2 e 3 e 219, comma 7;

e) da euro 100,00 a euro 600,00 per chi viola le disposizioni di cui all' [articolo 219, comma 1](#) e 219 sexies, comma 5;

f) da euro 250,00 a euro 1.300,00 per chi viola le disposizioni di cui agli articoli 218, commi 2 e 3 e 219 ter, [comma 1](#) ;

g) da euro 1.000,00 a euro 6.000,00 per chi viola le disposizioni di cui all' [articolo 216, comma 4](#) .

1-bis. All'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dal [comma 1](#) provvede l'azienda unità sanitaria locale nel cui territorio sono state rilevate le violazioni, con le modalità di cui alla [legge 24 novembre 1981, n. 689](#) (Modifiche al sistema penale). [\[204\]](#)

2. I proventi delle sanzioni amministrative di cui al presente articolo sono acquisiti al bilancio regionale con vincolo di destinazione per gli interventi previsti nel presente Capo.

[202]

Capo VI

Divieto di detenzione e utilizzazione di esche avvelenate

Art. 220

(Disposizioni generali)

1. E' fatto divieto, ai fini della tutela della salute umana, dell'igiene pubblica e dell'ambiente, fatte salve le disposizioni di cui alla [legge 11 febbraio 1992, n. 157](#) (Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio), di preparare, detenere, utilizzare ed abbandonare esche o bocconi avvelenati contenenti sostanze velenose o nocive.

2. Il divieto si applica a qualsiasi sostanza ingeribile preparata idonea a causare intossicazioni, lesioni o comunque sofferenze all'animale che la ingerisce, ad esclusione delle attività di derattizzazione di cui all' [articolo 221](#) .

Art. 221

(Derattizzazione)

1. Le attività di derattizzazione possono essere praticate esclusivamente con prodotti a ciò specificamente destinati ed utilizzati tal quali, nel rispetto comunque delle prescrizioni fornite dal produttore.

2. Le attività di derattizzazione riguardanti locali, fabbricati, abitazioni, depositi, opifici e cantieri di lavoro, sono subordinate a comunicazione al Comune e all'Azienda USL da parte dei proprietari o degli altri aventi diritto almeno 15 giorni prima. Nella comunicazione devono essere indicate durata del trattamento, sostanze o principi attivi utilizzati nonché le aree interessate.

3. Al di fuori dei luoghi di cui al [comma 2](#) , previo parere dell'Azienda USL, il Comune può autorizzare eventuali interventi di derattizzazione indicando nell'atto di autorizzazione la durata del trattamento e la sostanza da utilizzare. Le aree interessate da tali attività sono segnalate con apposita tabellazione contenente l'indicazione della presenza del raticida e gli elementi identificativi del responsabile del trattamento.

4. I Comuni sono tenuti alla costituzione e alla custodia di un registro dei trattamenti di derattizzazione in corso sul territorio comunale, sia da parte di enti pubblici che di privati. I soggetti responsabili dei trattamenti comunicano preventivamente al Comune i tempi del trattamento e il principio attivo utilizzato, usando la scheda apposita.

Art. 222

(Sanzioni amministrative)

1. Fatta salva l'applicazione delle diverse sanzioni previste dalla normativa vigente, chiunque violi le disposizioni di cui agli articoli 220 e 221 è soggetto ad una sanzione amministrativa da Euro 103,00 ad Euro 620,00. Si applicano nei confronti degli autori della violazione il sequestro e la confisca previsti dagli articoli 13, 18 e 20 della [legge 689/1991](#) .

2. In caso di violazione delle disposizioni di cui all' [articolo 220](#) da parte di soggetti titolari di autorizzazioni, licenze o concessioni regionali o provinciali inerenti attività faunistiche, agro-silvo-pastorali o di raccolta di prodotti spontanei del bosco, è prevista la sanzione accessoria della sospensione per un anno dell'autorizzazione, delle stesse; la reiterazione degli atti vietati dall' [articolo 220](#) dà luogo alla revoca dell'autorizzazione, del tesserino, della licenza o della concessione. Le sanzioni accessorie previste al presente articolo sono obbligatorie.

3. Qualora il responsabile delle violazioni delle disposizioni di cui all' [art. 220](#) rivesta la qualifica di guardia giurata volontaria di cui all' [articolo 35 della legge regionale 17 maggio 1994, n. 14](#) , (Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio) o di guardia ecologica volontaria di cui all' [art. 7 della legge regionale 22 febbraio 1994, n. 4](#) , (Istituzione del Servizio volontario di vigilanza ecologica), la sanzione amministrativa pecuniaria viene raddoppiata ed è prevista la revoca definitiva del decreto o della nomina di guardia particolare giurata o di guardia volontaria.

3 bis. I proventi delle sanzioni amministrative di cui ai commi 1 e 3 sono acquisiti al bilancio regionale con vincolo di destinazione per gli interventi previsti nel presente Capo. [205]

Art. 223

(Applicazione delle sanzioni amministrative)

1. All'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie provvede [...] [206] il comune[207] nel cui territorio sono avvenute le violazioni, con le modalità di cui alla [legge 689/1981](#) .

2. Al fine dell'applicazione delle sanzioni accessorie di cui all' [articolo 222](#) , commi 2 e 3, [...] [208] il comune[209] trasmette copia dell'ordinanza-ingiunzione all'ente o all'autorità che ha rilasciato l'autorizzazione, il tesserino, la licenza, la concessione o che ha emanato l'atto di nomina, entro sessanta giorni dalla data di scadenza del termine per proporre opposizione all'ordinanza-ingiunzione o, se questa è proposta, dal passaggio in giudicato

della sentenza che decide sull'opposizione stessa. L'ente o l'autorità provvedono, nei successivi sessanta giorni, alla sospensione o alla revoca dei relativi provvedimenti.

Art. 224

(Compiti del Sindaco e bonifica delle aree)

1. Il sindaco, a seguito di accertamenti di violazioni del divieto di cui all' [articolo 220](#) effettuati dagli organi di vigilanza competenti, ovvero sulla base delle denunce o delle segnalazioni degli interessati o dei medici veterinari, ai sensi dell' [articolo 225](#) dà immediate disposizioni per l'apertura di un'indagine da effettuare in collaborazione con le altre Autorità competenti adottando, se necessario, i primi provvedimenti urgenti finalizzati alla prevenzione dell'avvelenamento di ulteriori animali e alla tutela della salute pubblica e dell'ambiente, ai sensi dell' [art. 50 del d.lgs. 267/2000](#) .

2. Il sindaco provvede, altresì, ad attivare, qualora i risultati delle analisi eseguite dai laboratori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale per l'Umbria e le Marche o da altri istituti competenti, confermino la violazione di cui all' [art. 220](#) , in collaborazione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente [...] ^[210] , tutte le iniziative necessarie alla bonifica dell'area interessata.

3. Il sindaco, entro 48 ore dall'accertamento della violazione dell' [art. 220](#) , provvede, in particolare, ad individuare le modalità di bonifica del terreno e del luogo interessato dall'avvelenamento, a delimitare l'area perimetrale o dei punti di accesso prevedendone la segnalazione con apposita cartellonistica, nonché ad intensificare i controlli da parte delle Autorità preposte. A tali attività, sotto il coordinamento [...] ^[211] e della polizia comunale, possono collaborare le guardie giurate volontarie di cui all' [articolo 35 della legge regionale 14/1994](#) , le guardie ecologiche volontarie di cui all' [art. 7 della legge regionale 4/1994](#) , nonché i proprietari o conduttori dei fondi interessati.

4. Le attività di bonifica e di delimitazione delle aree o degli accessi non devono comunque comportare l'interruzione delle attività faunistiche, agro-silvo-pastorali e di raccolta dei prodotti spontanei del bosco.

Art. 225

(Compiti del medico veterinario)

[1.] ^[212]

1. Il medico veterinario che, sulla base di una sintomatologia conclamata, emette diagnosi di sospetto avvelenamento di un esemplare di specie animale domestica o selvatica, ne dà immediata comunicazione al sindaco e al servizio veterinario territorialmente competente. ^[213]

2. Il medico veterinario, nei casi di cui al [comma 1](#) , o direttamente o tramite l'Azienda USL, dovrà altresì inviare l'animale o qualsiasi campione utile per l'identificazione dell'eventuale veleno, alla struttura indicata all' [articolo 226](#) , secondo le modalità in questo stabilite.

3. L'inosservanza degli obblighi di cui alla presente disposizione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa [...] ^[214] da euro 100,00 a euro 600,00^[215] . In caso di recidiva il Comune invia gli atti all'Ordine dei Medici Veterinari competente per l'accertamento di eventuali illeciti disciplinari.

Art. 226

(Analisi di laboratorio)

1. La Giunta regionale, per le finalità di cui al presente capo, assicura l'attivazione dei laboratori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale per l'Umbria e le Marche in grado di esaminare i campioni tissutali e di contenuto gastrico degli animali uccisi o eventuali parti di esche con possibilità di ricerca almeno dei seguenti veleni:

- a) Stricnina;
- b) Fosforo di zinco;
- c) Organofosforici-carbammati;
- d) Metaldeide;
- e) Anticoagulanti;
- f) Arsenico;
- g) Cloralosio;
- h) Crimidina;
- i) Cianuri;
- j) Erbicidi triazinici;

- k) Clorati;
- l) Paraquat;
- m) DNOC;
- n) Imidaclopride.

2. Le modalità di accesso a tale servizio da parte dei medici veterinari e delle Aziende Unità Sanitarie Locali, le modalità e i termini delle analisi, gli obblighi di comunicazione [...] [\[216\]](#) alle Aziende Unità Sanitarie Locali ed al Sindaco, la copertura delle spese, comprese quelle di spedizione, nonché le caratteristiche delle schede di cui all' [art. 221, comma 4](#) e all' [art. 225, comma 1](#) , sono individuate dalla Giunta regionale con proprio atto.

[Art. 227] [\[217\]](#)

Art. 227
(Competenze dei Comuni)

1. I Comuni mettono in atto tutte le misure necessarie a prevenire e contrastare il fenomeno degli avvelenamenti di animali, nel rispetto di quanto stabilito dalla Giunta regionale con l'atto di cui all' [articolo 228, comma 1, lettera a\)](#) .

[\[218\]](#)

[Art. 228] [\[219\]](#)

Art. 228
(Competenze della Regione)

1. Per le finalità di cui all' [articolo 220](#) la Giunta regionale con proprio atto:

a) stabilisce le misure per prevenire e monitorare il fenomeno degli avvelenamenti di animali, indicando compiti e responsabilità, nonché coordinando i flussi informativi;

b) aggiorna ogni due anni la lista dei prodotti velenosi che a causa del loro uso oltre che per la finalità loro propria, anche per la preparazione di esche o bocconi avvelenati, devono essere sottoposti a regime controllato mediante utilizzazione di appositi registri.

[\[220\]](#)

TITOLO XVII

NORME IN MATERIA DI ASSISTENZA FARMACEUTICA

CAPO I

Corretto uso del farmaco ed assistenza farmaceutica

Art. 229
(Finalità)

1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle funzioni da parte delle Aziende sanitarie regionali - e della Regione in materia di assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie ai fini del corretto uso del farmaco, nei limiti dei principi fissati dalle vigenti leggi statali e con riferimento alle norme sull'organizzazione del servizio sanitario regionale di cui al presente Testo unico.

2. Con il presente capo inoltre, la Regione dà attuazione agli adempimenti previsti negli articoli 28, 29, 30, 31 e 32 della [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#) , così come integrati [decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219](#) [Attuazione della [direttiva 2001/83/CE](#) (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della [direttiva 2003/94/CE](#)].

Art. 230

(Protocolli, elenchi e repertori farmaceutici per il corretto uso del farmaco)

1. Le Aziende sanitarie regionali allo scopo di assicurare l'uso corretto dei farmaci, curano la diffusione nelle proprie strutture e tra i medici dipendenti e convenzionati, di protocolli e repertori farmacoterapeutici, che siano predisposti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

2. Le Aziende sanitarie regionali per l'impiego dei farmaci e del restante materiale sanitario nei presidi ospedalieri ed ambulatoriali a diretta gestione, adottano elenchi e repertori terapeutici predisposti ed aggiornati periodicamente sulla base del prontuario farmaceutico nazionale.

3. È in ogni caso garantito il diritto del medico curante alla piena responsabilità della condotta terapeutica.

Art. 231

(Informazioni sui farmaci e vigilanza sulla pubblicità)

1. Le Aziende sanitarie regionali curano l'informazione scientifica degli operatori e la educazione sanitaria della popolazione nell'ambito dei programmi e con le modalità previste dall'art. 31, quinto comma della 833/1978 e dal [decreto legislativo 219/2006](#).

2. A tale scopo la Giunta predispone appositi programmi che costituiscono parte del Piano formativo di cui alla [legge regionale 21 ottobre 1981, n. 69](#) (Norme sul sistema formativo regionale), nei quali sono comprese le iniziative di qualificazione degli operatori nonché quelle di aggiornamento professionale dei medici, da espletarsi sulla base degli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell' [art. 8 del d.lgs. 502/1992](#).

3. In attuazione delle normative emanate in materia dal Ministero della salute e dall'AIFA, la Giunta regionale detta disposizioni per la vigilanza sulle attività di informazione svolte dalle imprese farmaceutiche.

Capo II

Sulle modalità per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica

Art. 232

(Diritto all'assistenza e livelli delle prestazioni)

1. I cittadini iscritti negli elenchi degli assistibili formati presso le Aziende USL, hanno diritto ad usufruire dell'assistenza farmaceutica in forma diretta, secondo i livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e senza limitazioni territoriali all'interno della Regione.

2. L'assistenza farmaceutica è erogata nei limiti e secondo le indicazioni fissate dal prontuario farmaceutico nazionale. Salvi gli oneri previsti dalle disposizioni statali e regionali in materia di compartecipazione, l'assistenza è erogata esclusivamente in forma diretta.

Art. 233

(Farmaci non inclusi nel prontuario farmaceutico)

1. Il servizio sanitario regionale non può corrispondere alcun rimborso per farmaci non inclusi nel Prontuario farmaceutico nazionale o non erogabili presso i presidi delle Aziende sanitarie regionali.

Art. 234

(Erogazione dell'assistenza da parte delle farmacie)

1. Le Aziende USL erogano l'assistenza farmaceutica per mezzo delle farmacie pubbliche e private convenzionate con le modalità stabilite negli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell' [art. 8 del d.lgs. 502/1992](#).

2. I rapporti conseguenti sono regolati nelle forme previste dai citati accordi.

3. Le Aziende USL esercitano la vigilanza sulla corretta applicazione della convenzione attraverso la struttura competente, individuata ai sensi dell' [articolo 236](#).

Art. 235

(Impiego dei farmaci nelle strutture delle Aziende sanitarie regionali)

1. L'assistenza farmaceutica è garantita inoltre mediante l'impiego diretto dei farmaci nei presidi ospedalieri ed ambulatoriali delle Aziende sanitarie regionali, ai sensi dell' [art. 28 della L. 833/1978](#).

2. Impieghi diretti dei farmaci possono essere previsti anche relativamente a terapie di lunga durata e a programmi farmacoterapeutici inclusi nei progetti del Piano sanitario regionale.

Capo III

Organizzazione del servizio farmaceutico

Art. 236

(Organizzazione del servizio farmaceutico)

1. Ciascuna Azienda sanitaria regionale istituisce un servizio cui viene attribuita la responsabilità organizzativa delle attività concernenti l'assistenza farmaceutica che, inoltre, limitatamente alle Aziende USL, effettua la vigilanza sulle farmacie e sulla corretta applicazione dell'accordo nazionale unico per l'assistenza farmaceutica stipulato ai sensi dell' [art. 8 del d.lgs. 502/1992](#).

2. A tale servizio viene preposto un farmacista dipendente di livello apicale o di livello immediatamente inferiore.

3. Lo stesso servizio predispone gli ordinativi per l'acquisto dei farmaci da parte dell'Azienda sanitaria regionale.

4. La conservazione dei farmaci nell'ambito dei reparti di ricovero e cura è affidata al personale infermieristico a ciò abilitato ai sensi della vigente legislazione statale sotto la vigilanza del direttore della farmacia interna.

5. Ugualmente si procederà, di norma, negli altri presidi, ferme restando le responsabilità del farmacista o, in mancanza, del medico responsabile del presidio.

Art. 237

(Norme per le sostanze stupefacenti)

1. All'emissione degli ordinativi per procedere all'acquisto degli stupefacenti e delle altre sostanze ad azione psicotropa, nelle forme di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309](#) (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), provvede il direttore della farmacia interna di ogni singolo presidio sanitario; per i presidi sprovvisti di farmacia interna provvede il direttore di farmacia di altro presidio della stessa Azienda sanitaria regionale individuato dal Direttore generale.

2. Le funzioni relative alla vigilanza sugli acquisti degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope sono di competenza del responsabile del servizio di cui all' [art. 236](#) .

Art. 238

(Controlli di qualità)

1. La Regione promuove intese per mettere a disposizione dell'Istituto superiore di sanità i servizi competenti delle Aziende sanitarie per l'esecuzione di controlli di qualità sui farmaci, sui prodotti galenici e sul restante materiale sanitario, che siano distribuiti presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, o che siano impiegati nei presidi a diretta gestione.

Capo IV

Norme inerenti le farmacie

[**Art. 239**] [\[221\]](#)

[**Art. 239**] [\[222\]](#)

Art. 239

(Norme inerenti le farmacie)

1. I comuni, sentiti le aziende unità sanitarie locali e l'Ordine provinciale dei farmacisti competente per territorio, identificano le zone nelle quali collocare le nuove farmacie.

2. Ferme restando le disposizioni di cui al [comma 1](#) , sono di competenza dei comuni, nel rispetto della normativa vigente, le funzioni amministrative in materia di:

a) revisione o conferma delle zone esistenti;

b) trasferimento delle farmacie;

c) decentramento delle farmacie;

d) istituzione dei dispensari farmaceutici di cui all' [articolo 1 della legge 8 marzo 1968, n. 221](#) (Provvidenze a favore dei farmacisti rurali) come modificato dalla [legge 8 novembre 1991, n. 362](#) .

3. I comuni trasmettono alla Regione i provvedimenti concernenti le funzioni di cui ai commi 1 e 2.

[\[223\]](#)

Art. 240

(Concorsi per le farmacie private)

1. Il conferimento delle sedi farmaceutiche vacanti o di nuova istituzione che risultino disponibili per l'esercizio privato ha luogo mediante concorso regionale da espletarsi nei tempi e con le modalità previsti dalla normativa vigente.

Art. 241

(Apertura e chiusura delle farmacie e dispensari farmaceutici)

1. L'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle farmacie nonché l'apertura dei dispensari farmaceutici sono disposte dall'Azienda USL competente per territorio con l'osservanza delle disposizioni vigenti.

2. Compete ugualmente alle Aziende USL il provvedimento di chiusura temporanea delle farmacie, nonché quello di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio farmaceutico nei casi previsti dalle leggi vigenti.

2 bis. L'azienda unità sanitaria locale competente per territorio è individuata, ai sensi dell' [articolo 112 quater, comma 3, del d.lgs. 219/2006](#) , quale autorità competente al rilascio delle autorizzazioni a fornire medicinali a

distanza al pubblico, alle farmacie e agli esercizi commerciali di cui all' [articolo 5, comma 1, del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223](#) (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#) . ^[224]

Art. 242

(Orari di servizio e turni)

1. Le Aziende USL con riferimento al territorio complessivo delle medesime, stabiliscono i turni per il regolare esercizio delle farmacie. A tale scopo la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare adotta un provvedimento che disciplina le modalità di apertura, di chiusura, le festività e le ferie annuali delle farmacie aperte al pubblico.

Art. 243

(Vigilanza)

1. Le funzioni ispettive, di vigilanza e di controllo sul servizio farmaceutico sono esercitate dalle Aziende USL.
2. La commissione per le ispezioni ordinarie e straordinarie alle farmacie, di cui all' [art. 127 del R.D. 27 luglio 1934, n. 1265](#) (Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie), è composta da:
 - a) un farmacista dipendente dell'Azienda USL;
 - b) un medico con rapporto di lavoro a tempo pieno, dipendente dell'Azienda USL;
 - c) un farmacista prescelto in una terna fornita dall'Ordine dei farmacisti della Provincia in cui ha sede l'Azienda USL.
3. Svolge le funzioni di segretario un collaboratore amministrativo o un assistente amministrativo, dipendente dell'Azienda USL.
4. La commissione è nominata dal Direttore generale dell'Azienda USL, che individua anche il componente incaricato di svolgere le funzioni di Presidente, e dura in carica per 3 anni. Per ogni membro e per il segretario sono nominati i relativi supplenti con gli stessi criteri di nomina dei componenti effettivi.
5. Copia del verbale delle ispezioni effettuate dalla medesima commissione è tempestivamente trasmessa alla struttura competente individuata ai sensi dell' [articolo 236](#) che ha l'obbligo di proporre al Direttore generale o al Sindaco, secondo le specifiche competenze, l'adozione dei provvedimenti necessari ad assicurare il corretto esercizio del servizio farmaceutico.

Art. 244

(Provvidenze per le farmacie rurali)

1. I provvedimenti relativi alla corresponsione delle indennità dovute ai titolari di farmacie rurali e ai gestori di dispensari farmaceutici, secondo la vigente normativa, statale e regionale, nonché quelli relativi alle determinazioni dell'indennità di avviamento e dell'importo del rilievo degli arredi, provviste e dotazioni di cui all' [art. 110 del R.D. 1265/1934](#) , sono adottati dalla Azienda USL territorialmente competente.
 - 1-bis. In caso di trasferimento di titolarità di farmacia in data successiva alla scadenza del termine per la presentazione delle istanze per la corresponsione dell'indennità di residenza, fissato al 31 marzo di ogni anno dispari, il nuovo titolare della farmacia potrà presentare l'istanza a proprio favore entro sessanta giorni dall'autorizzazione all'apertura della farmacia. L'indennità verrà corrisposta in maniera proporzionale al periodo di effettiva titolarità. ^[225]
 - 1-ter. In caso di apertura di una nuova farmacia avvenuta in data successiva al 31 marzo di ogni anno dispari, il titolare può presentare l'istanza entro il 31 marzo dell'anno successivo, fermo restando che l'erogazione dell'indennità sarà limitata a tale anno. ^[226]

Art. 245

(Interventi a favore delle farmacie rurali particolarmente disagiate)

1. Le Aziende USL erogano una indennità annua lorda per disagio servizio ai titolari e direttori responsabili di farmacie rurali, ubicate in comuni o frazioni o centri abitati con popolazione inferiore ai 5000 abitanti, il cui volume d'affari dell'anno precedente, risultante dalle distinte contabili riepilogative mensili di cui al [d.p.r. 8 luglio 1998, n. 371](#) (Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private), non superi l'importo complessivo di euro 154.937,00.
2. L'indennità annua lorda per disagio servizio di cui al [comma 1](#) è erogata nella seguente misura:
 - a) [...] ^[227] euro 6.000,00 ^[228] annui lordi per i titolari e direttori responsabili di farmacie rurali con volume d'affari, risultante dalle distinte contabili riepilogative dell'anno precedente, [...] ^[229] fino a 105.000,00 ^[230] ;

b) [...] ^[231] euro 4.000,00^[232] annue lorde per i titolari e direttori responsabili di farmacie rurali con volume d'affari, risultante dalle distinte contabili riepilogative dell'anno precedente, [...] ^[233] compreso tra 105.000,01 e 130.000,00^[234] euro;

c) [...] ^[235] euro 2.000,00^[236] annue lorde per i titolari e direttori responsabili di farmacie rurali con volume di affari, risultante dalle distinte contabili riepilogative dell'anno precedente, [...] ^[237] compreso tra 130.000,01 e 155.000,00^[238] euro.

3. Le indennità di cui al [comma 2](#) sono concesse ferme restando le provvidenze previste dalla [legge 8 marzo 1968, n. 221](#) e dalla [legge 5 marzo 1973, n. 40](#) (Norme interpretative dell' [articolo 2 della legge 8 marzo 1968, n. 221](#) , recante provvedimenti a favore dei farmacisti rurali).

4. Gli aspiranti alle indennità previste dal [comma 2](#) devono presentare all'Azienda USL competente per territorio, entro il 30 giugno di ciascun anno, apposita domanda corredata da una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e dalla copia del documento di riconoscimento in corso di validità di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445](#) (Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa Testo A) attestante la residenza del titolare e del direttore responsabile della farmacia rurale. La consistenza della popolazione residente nel comune, frazione e centro abitato in cui è ubicata la farmacia, al 31 dicembre dell'anno precedente, viene richiesta d'ufficio al comune interessato.

5. Le indennità di cui al [comma 2](#) sono erogate dalle Aziende USL nel cui territorio sono ubicate le farmacie rurali interessate, entro il 30 settembre di ciascun anno, previa verifica delle distinte contabili riepilogative pagate alle stesse farmacie nell'anno precedente. Le indennità sono corrisposte unicamente ai titolari e direttori responsabili di farmacie rurali che siano risultate aperte al pubblico per l'intero anno solare cui il volume di affari si riferisce e sono rivalutate annualmente in base al tasso d'inflazione programmato dal Governo.

Art. 246

(Regolamento dei rapporti finanziari)

1. I rapporti tra le Aziende USL e le farmacie convenzionate, pubbliche e private, sono regolati nelle forme e con le modalità previste dall'accordo nazionale unico di cui all' [art. 8, comma 2 del d.lgs. 502/1992](#) .

2. Le Aziende USL della Regione assicurano il servizio di verifica contabile delle distinte secondo le norme della convenzione unica nazionale, e di controllo contabile e tecnico delle ricette mediche.

3. L' Azienda USL può svolgere il servizio di cui al [comma 2](#) attraverso i propri uffici oppure tramite convenzione con un'altra Azienda USL che sia dotata delle strutture necessarie per l'effettuazione di tali servizi.

TITOLO XVIII

CONTRIBUTI A FAVORE DEI MUTILATI ED INVALIDI DI GUERRA E CATEGORIE ASSIMILATE PER CURE CLIMATICHE, SOGGIORNI TERAPEUTICI E CURE TERMALI

Capo I

Contributi a favore dei mutilati ed invalidi di guerra e categorie assimilate per cure climatiche, soggiorni terapeutici e cure termali

Art. 247

(Contributi a favore dei mutilati ed invalidi di guerra e categorie assimilate per cure climatiche, soggiorni terapeutici e cure termali)

1. La Regione eroga contributi a favore di mutilati, invalidi di guerra e categorie assimilate finalizzati a favorire la fruizione delle seguenti prestazioni sanitarie:

a) cure climatiche;

b) soggiorni terapeutici;

c) cure termali.

Art. 248

(Definizioni)

1. Per cure climatiche si intendono quelle per le quali il clima rappresenta un fattore terapeutico atto a prevenire la riacutizzazione o le complicanze dell'infermità, nonché le patologie ad essa connesse, in base alla quale è stata riconosciuta l'invalidità.

2. Per soggiorni terapeutici si intendono quelli che hanno finalità convalescenziaria, in località marine, montane, lacustri e collinari, al fine di consolidare i risultati ottenuti con recenti ricoveri o prolungate cure ambulatoriali, ovvero di prevenire aggravamenti di dette infermità cronicizzate e suscettibili di complicanze per le condizioni climatiche sfavorevoli della località di abituale dimora.

3. Per cure termali si intendono quelle che utilizzano acque termali e loro derivati, aventi riconosciuta efficacia terapeutica, per la tutela globale della salute nella fase di prevenzione, terapia e riabilitazione delle patologie per il cui trattamento è assicurata l'erogazione delle cure stesse, a carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 249

(Prestazioni)

1. Le cure climatiche sono concesse su apposita prescrizione di un medico del Servizio sanitario nazionale.
2. I soggiorni terapeutici sono prescritti nell'ambito di progetti curativi e riabilitativi redatti dalla Azienda U.S.L. competente, che provvede ad attestare l'idoneità delle modalità e delle strutture individuate per il soggiorno stesso.
3. Le cure climatiche e i soggiorni terapeutici sono concessi in regime di assistenza indiretta e per un periodo massimo di ventuno giorni per anno.
4. Le cure termali sono erogate con le modalità previste dall' [articolo 36 della legge 833/1978](#) .

Art. 250

(Beneficiari)

1. Sono ammessi ai benefici previsti dalla presente legge:
 - a) i mutilati ed invalidi di guerra, di cui agli articoli 2 e 3 del [d.p.r. 23 dicembre 1978, n. 915](#) (Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra) e successive modificazioni ed integrazioni e al [d.p.r. 30 dicembre 1981, n. 834](#) (Definitivo riordinamento delle pensioni di guerra, in attuazione della delega prevista dall' [art. 1 della legge 23 settembre 1981, n. 533](#));
 - b) coloro che sono in possesso di pensione ascrivibile ad una categoria compresa fra la prima, con o senza assegni di superinvalidità, e l'ottava, di cui alla tabella A allegata al [d.p.r. 915/1978](#) ;
 - c) i mutilati e invalidi per cause di guerra, di cui agli articoli 8 e 9 del [d.p.r. n. 915/1978](#) ed al [d.p.r. n. 834/1981](#) ;
 - d) coloro che sono in possesso del verbale di visita della Commissione medica di pensione di guerra, in attesa del decreto di concessione della pensione, dal quale risulti l'attribuzione di una categoria fra quelle indicate alla [lettera b\)](#) e dal quale risulti che l'infermità è dipendente da causa di servizio o di guerra;
 - e) i mutilati ed invalidi per servizio, di cui alla [legge 26 gennaio 1980, n. 9](#) (Adeguamento delle pensioni dei mutilati ed invalidi per servizio alla nuova normativa prevista per le pensioni di guerra dalla [L. 29 novembre 1977, numero 875](#) , e dal [d.p.r. 23 dicembre 1978, n. 915](#));
 - f) i mutilati ed invalidi per servizio ordinario in possesso di pensione privilegiata ascrivibile ad una categoria compresa fra la prima, con o senza assegni di superinvalidità, e l'ottava, di cui alla tabella A allegata al [d.p.r. 915/1978](#) , alla quale si fa riferimento anche per gli invalidi per servizio;
 - g) coloro che, in attesa di ottenere il decreto di concessione della pensione, sono in possesso del verbale della Commissione medico-ospedaliera che ha riconosciuto la dipendenza da causa di servizio di ferite, lesioni od infermità, attribuendo una delle categorie di pensione di cui alla tabella A allegata al [d.p.r. 915/1978](#) ;
 - h) coloro ai quali è stato riconosciuto l'equo indennizzo per infermità contratta in servizio ascrivibile ad una delle categorie di cui alla tabella A allegata al [d.p.r. 915/1978](#) ;
 - i) gli ex deportati politici nei campi di sterminio nazisti che, ai sensi dell' [articolo 1 della legge 18 novembre 1980, n. 791](#) (Istituzione di un assegno vitalizio a favore degli ex deportati nei campi di sterminio nazista K.Z.), sono equiparati agli invalidi di guerra.

Art. 251

(Contributi per cure climatiche e soggiorni terapeutici)

1. Agli invalidi ammessi alle cure climatiche ed ai soggiorni terapeutici è concesso, da parte delle Aziende USL, per un periodo non superiore a quello stabilito al [comma 3 dell'articolo 249](#) , un contributo giornaliero, comprensivo delle spese di viaggio, di euro 30,99 per ogni giorno di effettiva permanenza nella località di cura.

Art. 252

(Contributi per cure termali)

1. Agli invalidi ammessi alle cure termali è concesso da parte delle Aziende USL un contributo, comprensivo delle spese di viaggio e residenza, riferito ad un solo ciclo di cure termali per la durata massima di quindici giorni, nella misura di euro 30,99 al giorno.

Art. 253*(Contributi di accompagnamento)*

1. Agli invalidi ammessi alle cure climatiche, ai soggiorni terapeutici ed alle cure termali, di cui agli articoli 251 e 252, per i quali risulta comprovata la assoluta incapacità di provvedere alle normali esigenze della vita quotidiana, è concesso un contributo di accompagnamento nella misura di euro 30,99 al giorno.

Art. 254*(Provvedimenti di attuazione)*

1. La Giunta regionale, con norme regolamentari disciplina le ulteriori modalità ed i termini per la erogazione dei contributi previsti dal presente Capo.

2. La Regione adegua ogni due anni l'importo giornaliero di cui al [comma 1](#) , in base agli indici ISTAT.

TITOLO XIX

TUTELA DELLA SALUTE PSICOFISICA DELLA PERSONA SUL LUOGO DI LAVORO E PREVENZIONE E CONTRASTO DEI FENOMENI DI MOBBING

Capo I

Tutela della salute psicosofica della persona sul luogo di lavoro e prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing

Art. 255*(Finalità)*

1. La Regione Umbria, in attuazione degli articoli 1, 2, 3, 4, 32 e 41 della Costituzione italiana, nel rispetto della normativa statale vigente e dell'ordinamento comunitario, **tenuto conto di quanto disposto dall' [articolo 28, comma 1 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#) ([Attuazione dell' articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123](#)), in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ^[239]** al fine di tutelare l'integrità psico-fisica della persona sul luogo di lavoro, promuove azioni ed iniziative volte a prevenire e contrastare l'insorgenza e la diffusione di fenomeni di molestie morali, persecuzioni e violenze psicologiche sui luoghi di lavoro, di seguito denominate mobbing **ed inquadrabili nel contesto dei cosiddetti rischi psico-sociali, che sono causa di stress lavoro correlato^[240]**.

Art. 256*(Compiti della Regione)*

1. Per le finalità di cui all' [articolo 255](#) la Regione promuove, in collaborazione con le parti sociali interessate, con l'Osservatorio regionale sul mobbing di cui all' [articolo 261](#) e con le **[...] ^[241]** **Aziende USL^[242]** locali, azioni di prevenzione, formazione, informazione, ricerca ed assistenza medico-legale e psicologica.

Art. 257*(Azioni di formazione)*

1. La Regione promuove corsi di formazione professionale sul fenomeno mobbing, rivolti, in particolare, ai seguenti soggetti:

- a) operatori dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (Servizio PSAL) e dei Centri di salute mentale;
 - b) operatori dell'Ispettorato del lavoro;
 - c) operatori degli Istituti di previdenza;
 - d) operatori delle associazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro;
 - e) operatori degli sportelli anti-mobbing di cui all' [articolo 260](#) ;
 - f) responsabili della gestione del personale nel settore pubblico e privato.
-

Art. 258*(Azioni di informazione e ricerca)*

1. La Regione promuove:

- a) l'elaborazione e diffusione di studi e ricerche sul mobbing, anche attraverso l'Osservatorio regionale sul mobbing di cui all' [articolo 261](#) e l'Agenzia umbra ricerche (AUR);
- b) la realizzazione di strumenti permanenti di documentazione e informazione;

c) l'attivazione di corsi post-laurea nelle materie oggetto del presente Capo.

Art. 259

(Azioni di assistenza medico-legale e psicologica)

1. La Regione concede incentivi alla realizzazione di supporti e terapie psicologiche di sostegno e riabilitazione per il lavoratore vittima del mobbing ed i suoi familiari, secondo criteri e modalità da stabiliti con proprio atto dalla Giunta regionale.

[Art. 260] [\[243\]](#)

Art. 260

(Sportelli anti-mobbing)

1. La Regione promuove l'istituzione presso le Aziende USL di appositi sportelli anti-mobbing, funzionalmente collegati ai Servizi PSAL con il compito di: .

a) fornire una prima consulenza in ordine ai diritti del lavoratore;

b) orientare il lavoratore presso gli uffici della Azienda USL;

c) segnalare, con il consenso del lavoratore, i casi di presunto mobbing al Servizio PSAL;

d) svolgere funzioni di mediazione nei conflitti interpersonali da cui sono scaturite o possono scaturire azioni di mobbing cosiddetto emozionale. Nella sua attività, lo sportello anti-mobbing viene supportato da uno psicologo del Servizio PSAL

[\[244\]](#)

Art. 261

(Osservatorio regionale sul mobbing)

1. È istituito l'Osservatorio regionale sul mobbing con sede presso l'Assessorato competente in materia di lavoro.

2. La partecipazione all'Osservatorio è a titolo gratuito. L'Osservatorio è composto da:

a) l'assessore regionale alle politiche attive del lavoro, o suo delegato, che lo presiede;

a bis) i responsabili dei Servizi PSAL delle Aziende USL; [\[245\]](#)

b) un membro designato dal Comitato regionale di coordinamento per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all' [articolo 7 del d.lgs. 81/2008](#) ;

c) il dirigente regionale del Servizio competente della Direzione Salute e Coesione sociale, o suo delegato;

d) un rappresentante designato dalla direzione regionale del lavoro;

e) un rappresentante designato congiuntamente dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori presenti nella Commissione tripartita ex [art. 6 del decreto legislativo 23 Dicembre 1997, n. 469](#) (Conferimento alle regioni e agli enti locali di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro, a norma dell' [articolo 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59](#));

f) un rappresentante designato congiuntamente dalle organizzazioni sindacali dei datori di lavoro presenti nella commissione tripartita di cui alla [lett. e\)](#) ;

g) la consigliera regionale di parità;

h) un sociologo e uno psicologo individuati dalla Direzione regionale Salute e Coesione sociale, a cura del direttore della stessa;

i) un avvocato esperto di diritto del lavoro, da individuare nell'ambito dell'Ufficio legale della Regione.

3. L'Osservatorio è costituito con decreto del Presidente della Giunta regionale e il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento interno. Le funzioni di segreteria sono svolte dalla struttura dell'assessorato competente in materia di lavoro.

4. L'Osservatorio svolge i seguenti compiti:

a) formula proposte alla Giunta regionale in ordine alle azioni e interventi di cui al presente Capo;

b) svolge attività di consulenza nei confronti degli organi regionali, nonché degli enti pubblici, delle associazioni ed enti privati e delle aziende sanitarie che adottino progetti o sviluppino iniziative a sostegno delle finalità del presente Capo, in particolare si raccorda con i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing o organismi analoghi eventualmente previsti dai contratti collettivi di lavoro;

c) realizza il monitoraggio e le analisi del fenomeno del mobbing, anche avvalendosi degli enti strumentali della Regione;

d) promuove studi, ricerche, campagne di sensibilizzazione e di informazione in raccordo con i soggetti destinatari del presente Capo;

e) promuove protocolli d'intesa e collaborazioni con gli organismi di vigilanza al fine di contrastare il fenomeno del mobbing anche nell'ambito dello svolgimento delle loro attività istituzionali.

Art. 262

(Attività di controllo)

1. Il Servizio PSAL, sulla base delle segnalazioni ricevute o nell'ambito della sua attività istituzionale, effettua apposite ispezioni nel luogo di lavoro per accertare l'esistenza di azioni di mobbing e l'eventuale stato di malattia del lavoratore.

2. Presso ogni Servizio PSAL è istituito un collegio medico con il compito di confermare lo stato di malattia del lavoratore e di accertare la connessione tra stato di malattia ed azioni di mobbing. La partecipazione al Collegio è a titolo gratuito.

3. Il collegio è composto da:

a) un medico specialista in medicina del lavoro del Servizio PSAL;

b) un medico specialista in medicina legale;

f) uno psicologo o uno psichiatra.

PARTE II

SERVIZI SOCIALI

TITOLO I

SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Capo I

Disciplina per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 263

(Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

1. Il presente titolo, in armonia con i principi della [legge 8 novembre 2000, n. 328](#) (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), nonché con i principi del diritto internazionale e del diritto comunitario in materia di diritti sociali della persona, disciplina la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2. In particolare il presente titolo disciplina l'esercizio della funzione sociale, la programmazione, l'organizzazione e la gestione delle attività e dei servizi sociali nella Regione in zone territoriali adeguate nonché la loro integrazione con le politiche ed il sistema dei servizi sanitari e dei servizi educativi, dell'ambiente, dell'avviamento al lavoro e del reinserimento nelle attività lavorative, dei servizi del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni e, in genere, tutte le politiche ed i settori di intervento rilevanti per le politiche sociali. Definisce, altresì, gli indirizzi per l'organizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali, per l'affermazione dei diritti e dei doveri sociali di cittadinanza e della responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali per la costruzione di una comunità solidale.

3. Il sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali è finalizzato a realizzare una rete di opportunità e di garanzie orientate allo sviluppo umano e al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie, all'esercizio di una cittadinanza attiva.

4. L'ordinamento dei servizi sociali si informa, in via prioritaria, ai seguenti principi:

a) universalità degli interventi diretti alla generalità della popolazione ed omogeneità nel territorio dei livelli essenziali di assistenza sociale di seguito denominati LIVEAS;

b) presa in carico unitaria delle problematiche delle persone e delle famiglie;

c) centralità dell'azione promozionale volta a sviluppare l'autonomia sociale dei singoli e della comunità;

d) preferenza e valorizzazione della scelta della domiciliarità nella risposta ai bisogni e nel rispetto del generale diritto di libera scelta degli utenti;

- e) esclusione della monetizzazione dei servizi ove non finalizzata ad una più efficace risposta al bisogno;
- f) attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale intesa quale partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni alla funzione sociale, ai sensi dell' [articolo 118, comma 4 della Costituzione](#) ;
- g) valorizzazione e sostegno delle reti sociali primarie, in primo luogo le famiglie, quale ambito di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;
- h) promozione delle solidarietà e della coesione sociale;
- i) sviluppo delle reti comunicative, quale fattore di integrazione e di autogoverno dei soggetti.

5. I destinatari delle prestazioni sociali sono riconosciuti e sostenuti dalla Regione, dagli enti dalla stessa dipendenti e dagli enti locali, nell'ambito della funzione sociale, anche quali portatori di risorse ed elementi attivi nella programmazione, progettazione, realizzazione e valutazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali.

Art. 264

(Destinatari delle prestazioni sociali)

1. Sono destinatarie delle prestazioni sociali di cui al presente titolo tutte le persone residenti o domiciliate o aventi stabile dimora nel territorio regionale e le loro famiglie. Le prestazioni sociali si estendono, altresì, alle persone occasionalmente o temporaneamente presenti in Umbria allorché si trovino in condizioni di difficoltà tali da non consentire l'intervento da parte dei servizi della Regione o dello Stato di appartenenza, salvo rivalsa in base alla normativa vigente.

Capo II

Soggetti istituzionali

[**Art. 265**] [\[246\]](#)

Art. 265

(Il comune)

1. Il comune è titolare delle funzioni in materia di politiche sociali e svolge le attività di cui all' [articolo 6 della legge 8 novembre 2000, n. 328](#) (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

[**2.**] [\[248\]](#)

2. I comuni esercitano le funzioni in materia di politiche sociali ai sensi della [legge regionale 2 aprile 2015, n. 10](#) (Riordino delle funzioni amministrative regionali, di area vasta, delle forme associative di Comuni e comunali - Conseguenti modificazioni normative) nelle forme previste dal [decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#) (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) e prevalentemente con la forma associativa della convenzione di cui all'articolo 30 del medesimo D.Lgs. I comuni associati, nelle forme previste dal [D.Lgs. 267/2000](#) , esercitano le funzioni sociali e provvedono all'erogazione degli interventi e dei servizi sociali tramite le Zone sociali di cui all' [articolo 268-bis](#) . [\[249\]](#)

3. La convenzione di cui al [comma 2](#) deve stabilire, in coerenza con lo svolgimento delle funzioni in materia di politiche sociali di cui al medesimo [comma 2](#) , i fini, la durata, le forme di consultazione degli enti contraenti, i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie. La convenzione deve inoltre stabilire le modalità e i criteri per l'assegnazione del personale qualora in carico agli ATI nel rispetto della normativa statale e regionale.

4. La convenzione deve altresì prevedere, ai sensi dell' [articolo 30, comma 4 del d.lgs. 267/2000](#) , la delega di funzioni da parte degli enti partecipanti all'accordo, a favore di uno di essi, denominato Comune capofila, che opera in luogo e per conto degli enti deleganti.

5. La convenzione deve inoltre stabilire le modalità di approvazione degli atti di programmazione e dei regolamenti sociali zonali, nel rispetto delle disposizioni di cui al [d.lgs. 267/2000](#) .

[\[247\]](#)

[**Art. 266**] [\[250\]](#)

[**Art. 267**] [\[251\]](#)

Art. 268

(La Regione)

1. La Regione esercita le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica dell'attuazione a livello territoriale. Disciplina l'integrazione degli interventi sociali e provvede, in particolare,

all'integrazione socio sanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale, nonché al coordinamento delle politiche dell'istruzione, della formazione, del lavoro e delle politiche sociali abitative.

2. La Regione, in particolare:

a) ripartisce le risorse del Fondo sociale regionale, del Fondo nazionale per le politiche sociali e degli altri Fondi nazionali del settore sociale;

b) effettua il controllo delle risorse di cui alla [lettera a\)](#) ;

c) vigila sulla effettiva realizzazione dei LIVEAS di cui all' [articolo 263, comma 4, lettera a\)](#) e di cui al [comma 3](#) ;

d) verifica l'attuazione del Piano sociale regionale con riferimento agli obiettivi, alle priorità, allo stato dei servizi, alla qualità degli interventi ed ai progetti sperimentali e dei Piani sociali di zona;

e) adotta atti di indirizzo e di coordinamento nella materia oggetto del presente titolo, per salvaguardare esigenze di carattere unitario nel territorio regionale;

f) riconosce il ruolo delle persone anziane nella comunità sociale e ne promuove la partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale favorendo la costruzione di percorsi per l'autonomia e il benessere nell'ambito dei propri e abituali contesti di vita; valorizza altresì le esperienze formative, cognitive, professionali ed umane accumulate dalle persone anziane nel corso della vita, nonché il loro patrimonio di relazioni personali;

g) promuove e valorizza l'invecchiamento attivo sostenendo politiche a favore delle persone anziane riconoscendone il ruolo attivo nella società attraverso un impegno utile e gratificante capace di renderle protagoniste del proprio futuro;

h) contrasta i fenomeni di esclusione e di discriminazione sostenendo azioni che garantiscono un invecchiamento sano e dignitoso e rimuovono gli ostacoli ad una piena inclusione sociale;

i) adotta atti di indirizzo affinché, attraverso la programmazione regionale di settore, si definiscano le azioni a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo.

3. La Regione definisce, nei limiti delle risorse disponibili, gli ulteriori LIVEAS di cui all' [articolo 270, comma 4, lettera g\)](#), rispetto a quelli individuati dalla legislazione statale. Garantisce, comunque, un sistema unitario di offerta di servizi e prestazioni sociali nelle aree di intervento di cui all' [articolo 295, comma 2](#) .

4. La Regione promuove periodicamente, e comunque almeno una volta all'anno, incontri partecipativi con i soggetti sociali che concorrono alla realizzazione delle finalità di cui al presente titolo.

Art. 268 bis

(Zone sociali)

1. Le Zone sociali sono articolazioni territoriali corrispondenti ai distretti sanitari di cui all' [articolo 22](#) , individuate dal Piano sociale regionale di cui all' [articolo 270](#) . Le Zone sociali, tramite il comune capofila, esercitano, in particolare, le seguenti funzioni:

a) definiscono gli obiettivi da perseguire per garantire la gestione secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza, uniformità e appropriatezza nel sistema di offerta ed equità per l'accesso alle prestazioni e ne verificano il raggiungimento;

b) provvedono all'erogazione degli interventi e dei servizi sociali;

c) provvedono al rilascio dell'accreditamento e istituiscono l'elenco delle strutture accreditate;

d) garantiscono l'unitarietà degli interventi e degli adempimenti amministrativi, la territorializzazione di un sistema di servizi a rete, l'operatività del sistema degli uffici della cittadinanza organizzati nelle Zone sociali;

e) curano le attività di monitoraggio, di verifica e di valutazione dei servizi e degli interventi nonché la rilevazione dei dati e delle informazioni utili alla pianificazione sociale;

f) garantiscono l'integrazione dei servizi di assistenza sociale con quelli sanitari e la attuano mediante accordi di programma con l'azienda unità sanitaria locale competente.

2. Presso il Comune capofila della Zona sociale è attivata una apposita struttura preposta alla pianificazione sociale del territorio, denominata "Ufficio di piano". Il Comune capofila della Zona sociale nomina il responsabile sociale di zona, designato dalla Conferenza di zona.

3. Le funzioni di cui al [comma 1](#) sono svolte da personale messo a disposizione dai comuni della Zona sociale, previo accordo con le organizzazioni sindacali, ferma restando la permanenza della titolarità del rapporto di lavoro con il comune di appartenenza. Le funzioni di responsabilità tecnica e di coordinamento della rete territoriale dei servizi sociali sono assicurate da personale con profilo professionale e competenze tecnico professionali in materia sociale.

4. La Zona sociale, tramite il Comune capofila, trasmette alla Giunta regionale entro il 31 marzo di ciascun anno una relazione sulle attività svolte.

5. La Zona sociale, tramite il Comune capofila, definisce con regolamento le modalità e i criteri per il proprio funzionamento, sulla base degli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale che tengono conto dei principi di differenziazione ed adeguatezza e della autonomia organizzativa dei comuni.

6. Le attività socio sanitarie integrate, individuate dal Piano attuativo locale (PAL) e dal Programma attuativo territoriale (PAT) di cui al [d.lgs. 502/1992](#), sono svolte da personale con adeguate competenze tecnico professionali in materia sociale a disposizione della Zona sociale e da personale dipendente dalle aziende unità sanitarie locali.

7. Il coordinamento politico e istituzionale della Zona sociale è effettuato dalla Conferenza di zona di cui all' [articolo 271](#).

8. Nell'ambito della Zona sociale sono istituiti:

a) il Tavolo zonale di concertazione di cui all' [articolo 271 bis](#) ;

b) i Tavoli zonal di coprogettazione di cui all' [articolo 271 ter](#) .

[252]

[Art. 269] [253]

Art. 269

(Aziende pubbliche di servizi alla persona e persone giuridiche di diritto privato)

1. Le aziende pubbliche di servizi alla persona e le persone giuridiche di diritto privato di cui alla [legge regionale 28 novembre 2014, n. 25](#) (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) - Ulteriori modificazioni della [legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26](#) (Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali) - Ulteriori modificazioni della [legge regionale 16 settembre 2011, n. 8](#) (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali)) sono inserite nel sistema pubblico di programmazione, progettazione e attuazione dei servizi e degli interventi sociali.

2. Le funzioni dei soggetti di cui al [comma 1](#) si realizzano, prevalentemente, attraverso la produzione e l'offerta dei servizi e interventi sociali, socio sanitari e socio educativi.

[254]

Capo III

Programmazione

Art. 270

(Piano sociale regionale)

1. Il Piano sociale regionale è lo strumento di governo del sistema dei servizi e delle attività sociali mediante il quale la Regione definisce gli indirizzi, gli obiettivi, le priorità sociali, la soglia territoriale ottimale per la programmazione e la gestione degli interventi sociali ed i criteri per la relativa attuazione.

2. Il Piano sociale regionale individua i principali fattori di sviluppo e di rischio come elementi di orientamento per gli interventi di area sociale nelle materie di competenza regionale.

3. Il Piano sociale regionale si integra con il Piano sanitario regionale, in particolare per le prestazioni socio sanitarie di cui all' [articolo 281](#) ; esso stabilisce le modalità e gli strumenti per l'integrazione con le altre politiche del welfare e con le altre politiche e piani di settore.

4. Il Piano sociale regionale in particolare definisce:

a) la dotazione essenziale ed unitaria del sistema di offerta dei servizi sociali territoriali;

b) le tipologie di servizio con particolare riferimento ai servizi sociali innovativi;

c) gli indirizzi per l'organizzazione del sistema regionale dei servizi sociali;

d) le modalità di verifica sullo stato dei servizi e la qualità degli interventi mediante un apposito sistema di indicatori;

e) i criteri e le modalità per l'individuazione dei rappresentanti all'interno del Tavolo zonale di concertazione [...] [255] di cui all' [articolo 271 bis](#) [256] ;

f) gli standard di figura e di percorso formativo per gli operatori impegnati nelle attività e nei servizi sociali di cui alla presente legge;

g) gli ulteriori LIVEAS di cui all' [articolo 268, comma 3](#) .

5. Il Piano sociale regionale individua il rapporto fra uffici della cittadinanza e popolazione residente che deve essere assicurato su tutto il territorio regionale.

6. Il Piano sociale regionale è adottato dalla Giunta regionale previo espletamento delle procedure di concertazione di cui alla normativa vigente ed è trasmesso all'Assemblea Legislativa per l'approvazione. Eventuali modifiche ed adeguamenti del Piano sociale regionale sono adottati dalla Giunta regionale e trasmessi all'Assemblea Legislativa. Il Piano ha validità triennale ed esplica i suoi effetti fino all'approvazione del successivo.

7. Nel piano sociale di cui al [comma 1](#) è inserita altresì la programmazione degli interventi coordinati a favore delle persone anziane, negli ambiti della protezione e promozione sociale, della formazione permanente, della cultura e del turismo sociale, dell'impegno civile, del volontariato in ruoli di cittadinanza attiva responsabile e solidale, dello sport e tempo libero per il mantenimento del benessere durante l'invecchiamento, anche attraverso il confronto e la partecipazione con le forze sociali e del terzo settore. La programmazione degli interventi coordinati si attua anche mediante gli accordi di cui agli articoli [\[... \]](#) [\[257\]](#), [273](#) [\[258\]](#) e [279](#).

8. La Giunta regionale adotta atti indirizzo per la definizione delle azioni e degli interventi a favore delle persone anziane affinché, attraverso la programmazione regionale di settore, si definiscano le azioni di cui agli articoli [291](#), [293](#) e [294](#).

9. Per persone anziane di cui al [comma 7](#) si intendono coloro che hanno compiuto sessantacinque anni di età e per invecchiamento attivo, di cui al medesimo [comma 7](#), si intende il processo volto ad ottimizzare le opportunità concernenti la salute, la sicurezza e la partecipazione alle attività sociali allo scopo di migliorare la qualità della vita.

[Art. 271] [\[259\]](#)

Art. 271
(Conferenza di Zona)

1. La Conferenza di Zona costituisce il soggetto di coordinamento politico e istituzionale della Zona sociale ed è composta da tutti i sindaci dei comuni il cui territorio ricade all'interno della Zona sociale o da loro assessori delegati.

2. La Conferenza di Zona delibera validamente con la presenza di sindaci o loro assessori delegati che rappresentano almeno la maggioranza dei comuni e la maggioranza dei residenti nella Zona sociale.

3. Le deliberazioni della Conferenza di Zona si intendono approvate se ottengono voti favorevoli che corrispondono ad almeno la metà più uno dei comuni presenti e ad almeno la maggioranza assoluta dei residenti negli stessi. Il coordinamento dei lavori della Conferenza di Zona è affidato ad un componente individuato dalla Conferenza stessa.

4. La Conferenza di Zona adotta i regolamenti sociali zonali e il Piano sociale di zona; gli stessi sono approvati nel rispetto delle disposizioni di cui al [d.lgs. 267/2000](#), con le modalità stabilite nella convenzione di cui all' [articolo 265](#).

5. La Conferenza di Zona si dota di un regolamento per il proprio funzionamento.

[\[260\]](#)

Art. 271 bis
(Tavolo zonale di concertazione)

1. Il Tavolo zonale di concertazione costituisce un organismo partecipativo di cui fanno parte le aziende unità sanitarie locali, gli enti pubblici operanti nel territorio con funzioni a rilevanza sociale, le aziende dei servizi alla persona (ASP) e le persone giuridiche di diritto privato di cui alla [l.r. 25/2014](#), i soggetti di cui all' [articolo 1, comma 4 della l. 328/2000](#) e le organizzazioni del mondo del lavoro presenti e maggiormente rappresentative a livello della singola Zona sociale.

2. Il Tavolo zonale di concertazione contribuisce:

a) alla definizione degli indirizzi per la programmazione sociale di zona;

b) alla valutazione della realizzazione del Piano sociale di zona.

3. La Zona sociale, tramite il Comune capofila, costituisce il Tavolo zonale di concertazione secondo i criteri e le modalità stabilite dal Piano sociale regionale di cui all' [articolo 270](#).

4. Le modalità di funzionamento e la durata del Tavolo zonale di concertazione sono definite dal regolamento sociale zonale tenuto conto del Piano sociale di zona di cui all' [articolo 272](#).

[\[261\]](#)

Art. 271 ter
(Tavoli di coprogettazione)

1. I Tavoli zonali di coprogettazione costituiscono organismi partecipativi di cui fanno parte le aziende pubbliche di servizi alla persona e le persone giuridiche di diritto privato di cui alla [l.r. 25/2014](#) e i soggetti di cui all' [articolo 1](#), commi 4 e 5 della [l. 328/2000](#).

2. I Tavoli zonali di coprogettazione consentono la partecipazione alla progettazione dei servizi e degli interventi e alla valutazione della loro realizzazione anche mediante sottoscrizione degli accordi procedurali di cui all' [articolo 279, comma 4](#) .

3. Le modalità di funzionamento e la durata dei Tavoli zonali di coprogettazione sono definite dal regolamento sociale zonale, tenuto conto del Piano sociale di zona di cui all' [articolo 272](#) .

[262]

[Art. 272] [\[263\]](#)

Art. 272

(Piano sociale di zona)

1. Il Piano sociale di zona è lo strumento mediante il quale la Zona sociale programma gli interventi e i servizi sociali e stabilisce i criteri per l'erogazione dei servizi sociali e per la loro attuazione.

2. Il Piano sociale di zona contiene, in particolare: .

a) lo stato di attuazione del precedente Piano;

b) gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento;

c) le modalità organizzative dei servizi, delle prestazioni e degli interventi;

d) le risorse umane, finanziarie e strumentali da utilizzare;

e) la determinazione delle quote di risorse di cui alla [lettera d\)](#) poste a carico delle Zone sociali tenendo conto del numero degli abitanti, delle caratteristiche di età degli stessi e delle caratteristiche economiche e geomorfologiche dei territori;

f) le modalità di integrazione e di coordinamento delle attività socio assistenziali con quelle sanitarie, educative, della formazione e con gli altri strumenti di programmazione territoriali.

3. L'Ufficio di piano della Zona sociale, con il coinvolgimento del Tavolo zonale di concertazione, elabora, sulla base del Piano sociale regionale, la proposta di Piano sociale di zona e a tal fine:

a) effettua la rilevazione dei bisogni del territorio;

b) tiene conto, ai fini dell'integrazione socio sanitaria:

1) del Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) di cui all' [articolo 326](#) ;

2) del Piano attuativo delle aziende sanitarie regionali di cui all' [articolo 14](#) ;

3) del Programma delle Attività Territoriali (PAT) di distretto di cui all' [articolo 15](#) .

4. Il Piano sociale di zona, per le attività socio sanitarie integrate, costituisce parte integrante del PAT.

5. Il Piano sociale di zona ha durata triennale

[264]

[Art. 273] [\[265\]](#)

Art. 273

(Procedimento per l'adozione del Piano sociale di zona)

1. L'ufficio di Piano della zona sociale trasmette alla Giunta regionale il Piano sociale di zona per l'acquisizione del relativo parere, da rendersi con le modalità ed i termini previsti dall' [articolo 16 della l. 241/1990](#) . Tale parere tiene conto della coerenza del Piano stesso con la programmazione regionale.

2. Il Piano sociale di zona è adottato dalla Conferenza di zona di cui all' [articolo 271](#) , mediante accordo di programma sottoscritto dai comuni della Zona sociale, ai sensi dell' [articolo 19, comma 2 della l. 328/2000](#) . Con tale accordo le parti si impegnano a concorrere al perseguimento degli obiettivi del Piano sociale di Zona.

3. Le aziende pubbliche di servizi alla persona e le persone giuridiche di diritto privato di cui alla [l.r. 25/2014](#) e i soggetti di cui all' [articolo 1](#) , commi 4 e 5 della [l. 328/2000](#) sono invitati dall'Ufficio di piano a partecipare all'attuazione del Piano sociale di Zona.

[266]

[Art. 274] [\[267\]](#)

[Art. 275] ^[268]

Art. 276

(Piano operativo)

1. La Giunta regionale approva ogni anno, d'intesa con le Zone sociali, di cui all' [\[... \]](#) ^[269], dopo l'approvazione della legge finanziaria regionale, un piano operativo che integri le diverse politiche e risorse regionali relative agli interventi e ai servizi a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo che tenga conto sia di quelli aventi rilevanza regionale sia di quelli a rilevanza territoriale, al fine di coordinare e armonizzare le diverse azioni. Il piano operativo viene approvato previo confronto con le istituzioni, le forze sociali e il terzo settore.

Capo IV

Partecipazione, promozione e valorizzazione degli organismi aventi funzione sociale, educativa e formativa

Art. 277

(Rapporti fra Regione ed enti locali e partecipazione)

1. La Giunta regionale, al fine di garantire un efficace sistema di relazioni istituzionali fra Regione [\[... \]](#) ^[270] e comuni nella elaborazione della programmazione sociale, promuove appositi incontri anche attraverso le loro associazioni.

2. I comuni, nell'ambito delle proprie attività istituzionali, garantiscono ai minori i diritti di manifestazione del pensiero, adottando le opportune forme di partecipazione delle bambine e dei bambini su questioni che interessano la loro condizione di vita, con particolare riferimento alla organizzazione sociale urbana.

Art. 278

(Promozione dell'economia sociale)

1. La Regione, in collaborazione con gli enti locali e con le organizzazioni rappresentative del mondo del lavoro, dell'imprenditoria e dei soggetti non profit operanti nel sistema dei servizi e degli interventi sociali, promuove la costituzione di reti locali deputate allo sviluppo dell'economia sociale.

2. Per economia sociale si intendono le azioni e le relazioni di soggetti che svolgono attività imprenditoriali non profit e profit operanti sul mercato con l'offerta di beni e servizi relazionali.

3. Per le finalità di cui al [comma 1](#) la Regione può concedere incentivi ed agevolazioni fiscali nel rispetto della normativa vigente; può altresì promuovere e stipulare gli accordi di cui all' [articolo 2, comma 203 della legge 23 dicembre 1996, n. 662](#) (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) e, in genere, ogni altro accordo pubblico/privato previsto dalla normativa vigente.

Art. 279

(Organizzazioni di utilità sociale)

1. La Regione riconosce lo svolgimento della pubblica funzione sociale da parte delle cooperative sociali, delle associazioni di promozione sociale, del volontariato e delle altre organizzazioni senza finalità di profitto di cui all' [articolo 1, comma 4, della L. 328/2000](#), e promuove la costruzione di un sistema di responsabilità pubbliche, anche non statuali, condivise fra soggetti istituzionali e soggetti sociali, comprese le famiglie.

2. Le organizzazioni di cui al [comma 1](#) concorrono alla individuazione dei bisogni, alla programmazione ed alla progettazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali, alla realizzazione degli obiettivi ed alla gestione delle attività sociali. Il concorso di tali organizzazioni avviene in forme differenziate, articolate in armonia alle rispettive specificità, secondo le modalità stabilite dal Piano sociale regionale.

3. Possono concorrere alla gestione dei servizi e degli interventi di cui alla presente legge anche i soggetti di cui all' [articolo 1](#), commi 4 e 5, della [L. 328/2000](#).

4. [\[... \]](#) ^[271] Le Zone sociali, tramite il Comune capofila, ^[272] ai sensi dell' [articolo 3, comma 5 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#) (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) favoriscono l'impegno dei soggetti di cui all' [articolo 1](#), commi 4 e 5, della [L. 328/2000](#) anche mediante gli accordi procedurali di cui all' [articolo 11 della legge 7 agosto 1990, n. 241](#) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) attraverso i quali realizzare forme di collaborazione pubblico/privato senza finalità di profitto, nell'esercizio della funzione sociale.

Art. 280

(Riconoscimento e valorizzazione della funzione sociale, educativa e formativa delle parrocchie mediante gli oratori)

1. La Regione riconosce e valorizza la funzione sociale, educativa e formativa svolta dalle parrocchie e dagli istituti religiosi cattolici attraverso gli oratori, nell'ambito del percorso formativo rivolto ai soggetti in età minore, agli adolescenti e ai giovani.

2. La Regione riconosce la titolarità delle diocesi dell'Umbria e degli istituti religiosi cattolici che svolgono attività oratoriale ad essere consultati nella fase di elaborazione delle linee di programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, con particolare riguardo alle tematiche riferite ai soggetti in età minore, agli adolescenti e ai giovani.

3. Il riconoscimento di cui ai commi 1 e 2 è esteso alle attività oratoriali o similari svolte da altri enti di culto riconosciuti dallo Stato.

4. Per le finalità di cui al presente articolo, le diocesi umbre, gli istituti religiosi cattolici e le organizzazioni che rappresentano gli altri enti di culto riconosciuti dallo Stato, possono sottoscrivere con i comuni associati nell'ambito territoriale l'accordo di programma che regola il piano di zona, ai sensi dell' [art. 19](#) , commi 2 e 3 della [legge 8 novembre 2000, n. 328](#) , nel quale vengono individuate le priorità previste al [comma 5](#) e le modalità della loro attuazione.

5. Per il raggiungimento delle finalità di cui al presente articolo, sono finanziabili i progetti previsti nel sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali ed educativi, rivolti ai soggetti in età minore, agli adolescenti e ai giovani, concernenti:

a) realizzazione di attività di promozione e sostegno per lo svolgimento delle funzioni sociali ed educative;

b) allestimento di centri ricreativi e sportivi, ivi compreso l'acquisto di attrezzature e materiali;

c) realizzazione di percorsi di recupero a favore di soggetti a rischio di emarginazione sociale, di devianza in ambito minorile, di disabilità;

d) manutenzione straordinaria e riadattamento di immobili adibiti ed utilizzati come luogo di incontro per adolescenti e giovani;

e) percorsi di formazione sociale, al fine di valorizzare tutte le risorse e le competenze presenti sul territorio e supportare le attività di oratorio e quelle similari.

TITOLO II

GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

Capo I

Prestazioni socio sanitarie e zone sociali

Art. 281

(Prestazioni socio sanitarie)

1. Le prestazioni socio sanitarie sono distinte, ai sensi dell' [articolo 3-septies del d.lgs. 502/1992](#) e sue successive modificazioni e integrazioni, in:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, intese quali attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ovvero tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

c) prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria che sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Human Immunodeficiency Virus (HIV) e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

2. La Giunta regionale, con proprio atto, predispone un quadro di riferimento per l'integrazione delle attività socio sanitarie provvedendo tra l'altro all'analisi dei costi.

3. I costi relativi alle componenti sanitaria e sociale all'interno delle attività socio sanitarie sono stabiliti dalla Giunta regionale che tiene conto dell'analisi dei costi di cui al [comma 2](#) , previa acquisizione del parere obbligatorio del Consiglio delle Autonomie locali e dei Direttori generali delle Aziende USL. È fatto salvo quanto previsto dalla normativa nazionale in materia dei LIVEAS.

[Art. 282] [\[273\]](#)

[Art. 283] [\[274\]](#)

Art. 284

(Uffici della cittadinanza)

1. All'interno della Zona sociale sono istituiti gli uffici della cittadinanza, ai sensi [...] ^[275] dell' [articolo 268 bis, comma 1, lettera d\)](#) ^[276] e dell' [articolo 270, comma 5](#) , quali uffici territoriali di servizio sociale pubblico ed universalistico finalizzati, in via esclusiva, a garantire l'accesso al sistema territoriale dei servizi e al contatto con l'utenza. Gli uffici di cittadinanza attuano gli interventi mediante la presa in carico delle persone e delle famiglie, con l'impiego di équipe interprofessionali territoriali, per soddisfare ogni domanda di intervento e di partecipazione sociale.

TITOLO III

AZIONI, INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Capo I

Azioni, interventi e servizi sociali

Art. 285

(Articolazione delle attività sociali)

1. Le attività sociali si articolano in azioni sociali, interventi e servizi sociali.
2. Le azioni sociali si articolano in:
 - a) azioni per la promozione e sostegno della sussidiarietà orizzontale;
 - b) azioni per la qualità;
 - c) azioni di promozione;
 - d) azioni di comunicazione;
 - e) azioni di mutualità.
3. Gli interventi e servizi sociali si articolano in:
 - a) servizi di prossimità;
 - b) servizi per le responsabilità familiari;
 - c) interventi e servizi socio assistenziali;
 - d) interventi e servizi per la formazione permanente delle persone anziane;
 - e) interventi e servizi per la cultura ed il benessere durante l'invecchiamento;
 - f) interventi e servizi per la cultura, il tempo libero, l'impegno e il volontariato civile delle persone anziane;
 - g) interventi ed azioni per l'implementazione delle nuove tecnologie per favorire l'accesso a servizi e interventi a favore delle persone anziane

CAPO II

(Azioni sociali)

Art. 286

(Azioni per la promozione ed il sostegno della sussidiarietà orizzontale)

1. I comuni, singoli o in forma associata, [...] ^[277] *favoriscono* ^[278] la partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali ed il loro contributo al sistema locale dei servizi e degli interventi sociali attraverso lo svolgimento di attività di interesse generale, anche mediante forme di collaborazione ai sensi della normativa vigente.

[2.] ^[279]

2. Le funzioni sociali di cui al [comma 1](#) sono svolte dalle Zone sociali mediante azioni finalizzate a sostenere e a favorire l'autonoma iniziativa dei privati nell'esercizio della stessa funzione sociale. ^[280]

3. Le azioni di facilitazione dei privati di cui al [comma 2](#) consistono nella messa a disposizione di informazioni, nella instaurazione di flussi di comunicazione, nel coordinamento dei servizi e degli interventi pubblici con quelli privati e in ogni altra forma di collaborazione che comunque non comporti l'attribuzione di somme di denaro o di altri beni da parte di amministrazioni pubbliche.

4. Le azioni di sostegno di cui al [comma 2](#) sono finalizzate a rendere adeguato l'impegno di soggetti privati senza finalità di profitto nella funzione sociale e a responsabilizzare tali soggetti nella realizzazione del sistema dei servizi alla persona; esse consistono nella messa a disposizione da parte di soggetti pubblici, alle organizzazioni private senza finalità di profitto, di benefici economici a fronte del loro impegno a partecipare ai processi di coprogettazione dei servizi e degli interventi e dalla loro realizzazione, nell'ambito della programmazione sociale locale mediante la stipula degli accordi procedurali di cui all' [articolo 279, comma 4](#) che stabiliscono le modalità di collaborazione e la

realizzazione dei servizi e degli interventi di qualità, coprogettati. L'entità dei contributi economici non può superare quanto necessario al fine della compensazione degli oneri che il partner privato assume ai sensi della decisione 20/12/2011 n. 2012/21/UE (Decisione della Commissione riguardante l'applicazione delle disposizioni dell' [articolo 106](#) , paragrafo 2, del trattato sul funzionamento dell'Unione europea agli aiuti di Stato sotto forma di compensazione degli obblighi di servizio pubblico, concessi a determinate imprese incaricate della gestione di servizi di interesse economico generale).

5. L'individuazione dei soggetti privati senza finalità di profitto, per la stipula degli accordi procedurali di cui al [comma 4](#) , avviene nel processo di costruzione del Piano sociale di zona, nel rispetto dei principi di cui all' [articolo 1 della L. 241/1990](#) attraverso procedure non competitive ad evidenza pubblica.

6. Dai benefici economici di cui al [comma 4](#) è esclusa la corresponsione, sotto qualsiasi forma, di altre utilità economiche riconducibili ai corrispettivi per la fornitura di servizi o beni.

7. La Giunta regionale con proprio atto disciplina le modalità per la concessione dei benefici economici di cui al [comma 4](#) .

Art. 287

(Azioni per la qualità)

1. I comuni, singoli o in forma associata, promuovono azioni positive, a carattere sociale, educativo e culturale, per ricostruire e sviluppare i legami di condivisione e di appartenenza alla comunità.

2. Tali azioni sono dirette:

a) a migliorare la qualità delle relazioni interpersonali e della vita quotidiana anche favorendo lo sviluppo di armoniche relazioni intergenerazionali e di genere;

b) a migliorare la qualità dei contesti urbani e di vita quotidiana, anche promuovendo politiche di conciliazione, la cultura ed il tempo libero delle persone e delle famiglie;

c) a sostenere le persone e le famiglie, le competenze, i legami solidali ed affettivi presenti al loro interno adattando le politiche sociali alle loro diversità;

d) a ridurre le situazioni di rischio sociale con particolare riferimento ai bambini e alle bambine, agli uomini ed alle donne, agli adolescenti e agli anziani.

3. Le finalità di cui al [comma 1](#) sono perseguite mediante l'integrazione progettuale delle risorse formali e informali nonché con programmi intersettoriali diretti alle aree sociali specifiche: infanzia, adolescenti e giovani, famiglie e donne, popolazione anziana.

Art. 288

(Azioni di promozione)

1. [...] ^[281] Le Zone sociali, anche con l'apporto delle organizzazioni di volontariato e ^[282] di utilità sociale, incentivano le attività sociali di promozione. Tali attività comprendono i servizi di comunicazione, di mutualità e di prossimità.

2. Le azioni di comunicazione assolvono a funzioni di promozione della partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni all'esercizio della funzione sociale nei momenti della programmazione, della progettazione e della realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, oltre che ad una funzione di informazione, conoscenza e sostegno sociale diretta a far acquisire ai singoli soggetti consapevolezza, autonomia e responsabilità per l'esercizio dei diritti di cittadinanza.

3. Le azioni di mutualità favoriscono lo scambio di prestazioni e di tempo fra persone e gruppi sociali che intendono autorganizzarsi per la realizzazione di determinati servizi. [...] ^[283] Le Zone sociali ^[284] al fine di sostenere le reti di mutualità fra i cittadini possono promuovere la costituzione di centri di riferimento con il compito di raccogliere e gestire le disponibilità dirette ad impieghi sociali.

4. I servizi di prossimità sono forniti a livello locale alle persone e alle famiglie e sono orientati alle nuove esigenze derivanti dalla trasformazione delle strutture demografiche, familiari e dei modi di vita. I servizi di prossimità possono essere realizzati con il coinvolgimento attivo dei soggetti sociali, dei cittadini e delle famiglie e si articolano in tre aree:

a) servizi alle persone anziane attinenti a bisogni di cura e di socializzazione;

b) servizi di supporto alle famiglie, atti a semplificare la vita quotidiana della famiglia nello svolgimento di propri compiti educativi e di cura;

c) servizi a struttura comunitaria, rivolti a bisogni sociali collettivi e riferiti all'intero ciclo di vita.

CAPO III

Servizi e interventi sociali

Art. 289*(Servizi per le responsabilità familiari)*

1. La Regione individua con il Piano sociale regionale i servizi socio educativi di supporto alle responsabilità e ai compiti educativi e di cura della famiglia. La Regione inoltre sostiene e promuove azioni che consentano la piena realizzazione di una maternità e paternità responsabile. I servizi per le responsabilità familiari si articolano in due aree:

- a) servizi socio educativi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani;
- b) servizi socio assistenziali per giovani e adulti bisognosi di supporti assistenziali.

Art. 290*(Interventi e servizi socio assistenziali)*

1. I servizi socio assistenziali hanno natura solidaristica e sono rivolti a persone e famiglie, con particolare riferimento ai soggetti vulnerabili e maggiormente esposti a rischio di esclusione. Essi consistono in azioni di sostegno, prestazioni e attività sociali ad integrazione e/o sostituzione delle funzioni della rete sociale primaria.

2. I servizi socio assistenziali, in particolare, comprendono:

- a) i servizi domiciliari di supporto familiare;
- b) i servizi comunitari;
- c) i servizi per l'alloggio;
- d) i servizi semi residenziali;
- e) i servizi residenziali;
- f) i servizi e gli interventi di accoglienza e sostegno sociale;
- g) i servizi per la tutela sociale dei minori.

3. La gestione dei servizi di cui al presente articolo è affidata a soggetti pubblici, soggetti privati e soggetti di privato sociale.

Art. 291*(Interventi e servizi per la formazione permanente delle persone anziane)*

1. La Regione promuove la partecipazione delle persone anziane a processi educativi, alle attività ricreative e alla formazione lungo tutto l'arco della vita, rendendole così protagoniste del proprio futuro. La Regione, in particolare:

- a) incentiva la mutua formazione inter e intra generazionale tra appartenenti a culture differenti, riconoscendo e promuovendo il valore della differenza di genere;
- b) sostiene le attività delle università della terza età, comunque denominate;
- c) valorizza le esperienze professionali acquisite e le metodologie didattiche, nonché il ruolo attivo delle persone anziane nella trasmissione dei saperi alle nuove generazioni durante l'orientamento o i percorsi di prima formazione, anche con il concorso delle imprese e delle organizzazioni sindacali.

2. La Regione per le azioni di cui al [comma 1](#) può promuovere e sostenere protocolli operativi con le scuole di ogni ordine e grado per la realizzazione di progetti che prevedono la messa a disposizione da parte della persone anziane del proprio tempo, per tramandare alle giovani generazioni i mestieri, i talenti e le esperienze.

3. La Regione sostiene azioni volte a rendere le persone anziane capaci di affrontare le problematiche e le criticità connesse alla modernità e, in particolare, percorsi formativi finalizzati a:

- a) progettare un invecchiamento attivo, con particolare attenzione ai temi dell'impegno civile e della cittadinanza attiva;
- b) ridurre il divario nell'accesso reale alle tecnologie - digital divide e la disparità nell'acquisizione di risorse e conoscenze della rete informatica, nonché delle capacità necessarie a partecipare alla società dell'informazione;
- c) promuovere stili di consumo intelligenti ed ecocompatibili e gestire efficacemente il risparmio;
- d) perseguire la sicurezza stradale e domestica;
- e) facilitare la comprensione del tempo presente in tutti i suoi aspetti attraverso la proposta di occasioni e strumenti di approfondimento culturale.

Art. 292

(Interventi e servizi per la cultura, la prevenzione ed il benessere durante l'invecchiamento)

1. La Regione, al fine di prevenire processi invalidanti fisici e psicologici, promuove azioni tese al mantenimento del benessere durante l'invecchiamento della persona anziana, sostenendo la diffusione di corretti stili di vita e l'educazione motoria e fisica. A tal fine può promuovere protocolli operativi tra enti locali territoriali, aziende sanitarie locali e associazioni di volontariato e di promozione sociale.

2. La Regione promuove, inoltre, politiche di sostegno alla persona anziana nel suo abituale contesto familiare e territoriale agevolando una vita di relazione attiva, al fine di prevenire i fenomeni di isolamento sociale e limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture assistenziali residenziali. A tale scopo, la Regione sostiene, in un'ottica intergenerazionale e interculturale, la diffusione sul territorio di centri sociali e di spazi e di luoghi di incontro, socializzazione e partecipazione.

3. Per il benessere della persona anziana e per contrastare la solitudine sono favoriti gli strumenti di prossimità e di socialità, nonché gli strumenti che garantiscono e facilitano l'acquisizione di informazioni sui servizi presenti nel territorio regionale, nonché sugli interventi e sulle azioni sociali promossi.

Art. 293

(Interventi e servizi per la cultura, il tempo libero, l'impegno e il volontariato civile delle persone anziane)

1. La Regione, riconoscendo il ruolo centrale degli enti locali territoriali e del terzo settore, favorisce la partecipazione delle persone anziane ad attività culturali, ricreative e sportive, anche per sviluppare relazioni solidali, positive e continuative tra le persone e senso di appartenenza alla comunità.

2. La Regione, al fine di valorizzare l'impiego delle persone anziane in attività socialmente utili ne favorisce la partecipazione alla vita della comunità locale, anche attraverso l'impegno civile nel volontariato e nell'associazionismo o in ruoli di cittadinanza attiva, responsabile e solidale.

3. Il volontariato civile delle persone anziane costituisce una forma di promozione dell'invecchiamento attivo attraverso la realizzazione di progetti sociali, utili alla comunità.

4. I progetti sociali di cui al [comma 3](#) possono essere promossi dagli enti locali territoriali e sono realizzati dai soggetti del terzo settore. Tali progetti, sono inseriti nella programmazione sociale territoriale.

5. Alle persone anziane che operano nei progetti di cui al [comma 3](#) può essere riconosciuto, per il tramite delle associazioni di volontariato iscritte nel Registro regionale di cui agli articoli 371 e 388 un rimborso per le spese sostenute, nonché crediti sociali fruibili in servizi regolati dagli enti locali territoriali promotori dei progetti.

6. La Regione sostiene progetti sperimentali o convenzioni tra enti pubblici e soggetti del terzo settore tesi a sviluppare il volontariato civile degli anziani.

7. L'impegno civile delle persone anziane si realizza, in particolare, attraverso le seguenti azioni:

a) accompagnamento con mezzi pubblici per l'accesso a prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie;

b) supporto nei percorsi formativi di collegamento fra la scuola e il mondo del lavoro, anche in relazione alle iniziative promosse dalle imprese e dalle organizzazioni sindacali;

c) attività ausiliari di vigilanza presso scuole e mense;

d) sorveglianza durante mostre e manifestazioni giovanili;

e) animazione, custodia e vigilanza di musei, biblioteche, mostre, sale di ritrovo dei quartieri, aree sportive e centri sociali sportivi, ricreativi e culturali;

f) conduzione di appezzamenti di terreno di proprietà o di uso pubblico;

g) iniziative volte a far conoscere e perpetuare le tradizioni di artigianato locale;

h) assistenza, anche domiciliare, a minori, anziani e disabili a supporto degli operatori dei servizi sociali;

i) assistenza sociale e culturale negli ospedali e nelle carceri;

l) attività di prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze;

m) interventi di carattere ecologico, stagionale o straordinario, nel territorio umbro;

n) campagne e progetti di solidarietà sociale.

8. I comuni possono affidare a persone anziane, singole o associate, la gestione gratuita di terreni comunali nei quali svolgere attività di giardinaggio, orticoltura e in generale la cura dell'ambiente naturale. I soggetti interessati all'affidamento si impegnano a gestire gratuitamente terreni comunali nel rispetto delle regole stabilite dal comune competente per territorio. I comuni stabiliscono, inoltre, le modalità e i criteri per l'affidamento della gestione di

terreno pubblico. I comuni possono revocare l'affidamento per sopravvenute esigenze pubbliche e, con adeguato preavviso, qualora l'assegnatario non rispetti le regole stabilite dal comune stesso.

Art. 294

(Interventi ed azioni per l'implementazione delle nuove tecnologie)

1. La Regione, al fine di consentire una fruizione più immediata e una maggiore diffusione dei servizi offerti alle persone anziane, sostiene la diffusione e l'implementazione di strumenti tecnologicamente avanzati, quali card informatizzate, portali telematici e piattaforme tecnologiche.

2. La Regione, per le finalità di cui al [comma 1](#), promuove la stipula di accordi e convenzioni con gli enti locali territoriali e con i soggetti del terzo settore tesi ad agevolare, anche economicamente, l'utilizzo degli strumenti di cui al [comma 1](#).

Art. 295

(Diritti sociali di cittadinanza)

1. I servizi e gli interventi sociali di cui alla presente legge garantiscono il raggiungimento dei LIVEAS stabiliti dalle norme statali mediante:

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

c) interventi a favore di minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal [regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798](#), convertito dalla [legge 6 dicembre 1928, n. 2838](#) (Norme sull'assistenza degli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono), del testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia di cui al [R.D. 24 dicembre 1934, n. 2316](#) e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili; realizzazione, per i soggetti di cui all' [articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#) (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), dei centri socio riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all' [articolo 10 della stessa L. 104/1992](#) e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio, ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale;

h) prestazioni integrate di tipo socio educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e di reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di autoaiuto.

2. Per le finalità di cui al [comma 1](#) e di cui all' [articolo 268, comma 3](#) le strutture competenti garantiscono, tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed unitarie nelle seguenti aree di intervento:

a) welfare leggero;

b) welfare dell'emergenza;

c) welfare domiciliare di supporto familiare;

d) welfare comunitario;

e) welfare residenziale e semiresidenziale.

3. Nella programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi e degli interventi di cui ai commi 1 e 2 i soggetti erogatori si conformano ai seguenti principi:

-
- a) eguaglianza di opportunità a condizioni sociali e stati di bisogno differenti;
 - b) rispetto della dignità della persona con riferimento alle esigenze di informazione e consensualità, nonché di riservatezza delle informazioni che riguardano la sua condizione;
 - c) diritto ad una maternità e paternità consapevole e responsabile;
 - d) conoscenza dei percorsi assistenziali e l'informazione sui servizi disponibili;
 - e) libertà di opzione tra le prestazioni erogabili nell'ambito del sistema dei servizi;
 - f) accesso e fruibilità delle prestazioni in tempi compatibili con i bisogni.
-

TITOLO IV
POLITICHE PER LE FAMIGLIE

Capo I

Riconoscimento e valorizzazione delle famiglie

Art. 296

(Riconoscimento e valorizzazione delle famiglie)

1. La Regione Umbria riconosce la famiglia quale nucleo fondante della società, secondo quanto previsto dalla Dichiarazione dei diritti dell'uomo, dai Trattati internazionali in materia, dalla Costituzione, dallo [Statuto regionale](#).
2. La Regione Umbria valorizza il nucleo familiare formato da persone unite da vincoli di coniugio, parentela e affinità, promuove e sostiene la funzione genitoriale nei compiti di cura, educazione e tutela del benessere dei figli.
3. La Regione Umbria, per l'attuazione delle politiche di sostegno alla famiglia, si ispira ai principi di solidarietà, sussidiarietà e reciprocità nelle relazioni familiari, sviluppa e potenzia le politiche sociali regionali mediante azioni nell'area della protezione sociale, dell'abitare, della salute, del lavoro, dell'organizzazione degli spazi di vita, dell'istruzione, della formazione e del credito.
4. La Regione, in attuazione del principio di sussidiarietà di cui all' [articolo 118 della Costituzione](#), della [legge regionale 4 dicembre 2006, n. 16](#) (Disciplina dei rapporti tra l'autonomia iniziativa dei cittadini e delle formazioni sociali e l'azione di Comuni, Province, Regione, altri Enti Locali e Autonomie funzionali in ordine allo svolgimento di attività di interesse generale secondo i principi di sussidiarietà e semplificazione) e degli articoli 16, comma 3, e 17 dello [Statuto](#), riconosce l'associazionismo familiare quale soggetto portatore di risorse e soggetto attivo nella programmazione regionale.
5. La Regione, nell'ambito della propria attività di indirizzo e programmazione, anche in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia di sistema integrato dei servizi sociali, con il presente titolo si propone di:
 - a) promuovere e garantire il diritto di libera scelta nei confronti dei soggetti erogatori di servizi e le pari opportunità tra donne e uomini;
 - b) favorire il mantenimento e lo sviluppo di uno stretto rapporto tra le generazioni;
 - c) implementare specifici interventi in favore di situazioni di particolare disagio causate da problemi economici o dalla presenza di persone prive di autonomia fisica o psichica;
 - d) favorire la conciliazione delle esigenze familiari con quelle professionali;
 - e) sostenere il lavoro di cura familiare, quale attività di primaria importanza per la vita della famiglia e della società.

Art. 297

(Strumenti per le politiche di sostegno alle famiglie)

1. La Regione promuove e tutela la famiglia attraverso:
 - a) il sostegno alle giovani coppie nella formazione di una nuova famiglia e nello svolgimento del ruolo genitoriale, con particolare riferimento ai primi tre anni di vita dei figli;
 - b) il sostegno alle nuove famiglie mediante interventi che concorrono ad eliminare gli ostacoli di natura economica e sociale che ne impediscono la costituzione e lo sviluppo;
 - c) la valorizzazione della responsabilità dei genitori nei doveri di cura, educazione ed istruzione dei figli;
 - d) la promozione, anche in forma integrata, di iniziative pubbliche, di privato sociale e delle reti parentali, soprattutto con riferimento alle iniziative rivolte agli anziani ed ai minori;

- e) la predisposizione di programmi per la famiglia nelle situazioni di vulnerabilità o disagio e per il sostegno ai compiti di cura delle persone disabili, anziane e non autosufficienti;
- f) la tutela del benessere dei nuclei familiari, con particolare riguardo alle famiglie numerose, ai nuclei monogenitoriali, alle famiglie in crisi, ed a tutte le situazioni in cui siano presenti aspetti di criticità;
- g) la garanzia, nel rispetto del principio di uguaglianza e degli altri principi costituzionali, della libertà di scelta e della parità di trattamento tra gli iscritti alle scuole pubbliche, statali e paritarie;
- h) il supporto all'inserimento ed al reinserimento nel mondo del lavoro delle persone che si sono dedicate al lavoro di cura familiare;
- i) il sostegno e la qualificazione dell'attività di assistenza familiare domiciliare;
- j) l'armonizzazione dei tempi di vita personale e professionale, per conciliare gli impegni familiari con l'attività lavorativa, anche attraverso lo strumento del telelavoro;
- k) la valorizzazione dell'associazionismo familiare attraverso l'attribuzione di un ruolo attivo alle associazioni familiari nella programmazione, progettazione, realizzazione e valutazione del sistema dei servizi alla persona;
- l) la promozione del diritto della famiglia a svolgere liberamente le proprie funzioni sociali ed educative, anche attraverso il coinvolgimento e la partecipazione della stessa alla progettazione dei relativi interventi e servizi.

Capo II

Servizi, interventi e azioni per le famiglie

Art. 298

(Servizi ed azioni generali e sostegno alla funzione educativa e di cura dei soggetti in età minore)

1. La Regione, per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente titolo, nel definire gli interventi e i servizi a sostegno della famiglia, provvede:

a) al potenziamento di servizi socio-educativi per la prima infanzia, come previsti e disciplinati dalla [legge regionale 22 dicembre 2005, n. 30](#) (Sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia);

b) al potenziamento delle attività dei consultori familiari per la famiglia, per la valorizzazione della maternità e paternità responsabile, per il sostegno alle gestanti ed alle madri in difficoltà, per la prevenzione dell'abbandono alla nascita, per l'ascolto ed il sostegno ai genitori durante la gravidanza, al momento della nascita e nella fase del post-partum, e per la tutela psicofisica delle donne vittime di violenza;

c) allo sviluppo e al potenziamento dei servizi di mediazione familiare quali strumenti di supporto qualificato a coppie in crisi, allo scopo principale di sostenere i genitori nell'individuazione delle decisioni più appropriate, con particolare riguardo agli interessi dei figli minori.

2. La Regione, nel riconoscere la valenza sociale, educativa e formativa svolta dai genitori, promuove azioni formative e informative di sostegno alla genitorialità, anche all'interno dei servizi socio-educativi e scolastici del territorio, finalizzate a riconoscere, sostenere e sviluppare le competenze dei genitori nel loro ruolo educativo e di cura.

3. La Regione promuove interventi di sostegno al rapporto genitori e figli, tesi a prevenire situazioni di rischio e disagio, mediante azioni di supporto alle relazioni familiari volte al superamento delle eventuali situazioni di crisi e disagio comunicativo e relazionale. Tali azioni consistono in:

a) interventi socio-educativi territoriali, all'individuo o al gruppo, volti al contrasto della devianza e dell'esclusione sociale, valorizzando le risorse presenti nel tessuto sociale, per favorire processi di autoriconoscimento e di appartenenza;

b) interventi socio-educativi domiciliari diretti alle famiglie con bambini che, per diversi motivi, hanno difficoltà ad assolvere agli impegni della vita quotidiana;

c) azioni di mediazione fra soggetti a rischio e contesto di riferimento.

4. La Regione promuove la cultura dell'accoglienza verso i minori, nonché opportunità diversificate per fornire risposte efficaci a bisogni di protezione, ospitalità ed affettività.

5. La Regione, nei limiti delle proprie competenze, sostiene l'adozione e l'affidamento familiare, nonché i servizi residenziali e semiresidenziali di tipo familiare o comunitario e gli interventi di prevenzione e contrasto al maltrattamento.

Art. 299

(Assistenza socio-sanitaria e sanitaria alla famiglia)

1. La Regione tutela la maternità e la paternità responsabile nel rispetto dei principi etici di ciascuno, ed attraverso le aziende sanitarie regionali e con le strutture ed i servizi sociali del territorio, garantisce continuità assistenziale alla famiglia attraverso:

a) l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria per la tutela della maternità e per la procreazione responsabile, anche medicalmente assistita;

b) l'assistenza sanitaria, psicologica e sociale, anche domiciliare, alle donne e alle famiglie in situazione di rischio sanitario e psicosociale, sia antecedente che successiva al parto, anche su segnalazione dei punti nascita, nonché attraverso la promozione di reti di auto-aiuto;

c) la prevenzione e riduzione delle cause di infertilità e abortività spontanea e lavorativa, nonché delle cause di potenziale danno per il nascituro, in relazione alle condizioni ambientali, ai luoghi di lavoro e agli stili di vita;

d) le attività informative e di prevenzione tramite prestazioni sanitarie e psicologiche, anche riabilitative e post-traumatiche, alle vittime di violenza sessuale ed ai minori vittime di abuso, di grave trascuratezza e di maltrattamento;

e) l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a favore di famiglie che si prendono cura di persone con problemi psichiatrici, persone non autosufficienti e persone che assumono sostanze che provocano dipendenza.

1-bis. La Regione, altresì, anche al fine di assicurare le condizioni necessarie per svolgere appieno il ruolo genitoriale, promuove interventi diretti a sostenere padri e madri separati che vengano a trovarsi in situazione di grave difficoltà economica e psicologica a seguito dell'assegnazione della casa familiare e dell'obbligo di corrispondere l'assegno di mantenimento all'altro coniuge. In particolare, la Regione assicura percorsi di supporto psicologico diretti al superamento del disagio e servizi utili a realizzare l'effettivo esercizio del ruolo genitoriale. [285]

1-ter. Per le finalità di cui al [comma 1-bis](#) la Regione promuove protocolli d'intesa tra enti locali e soggetti pubblici e privati diretti alla realizzazione di reti di assistenza sul territorio per il sostegno dei genitori separati e la salvaguardia dei minori. [286]

2. Le Aziende USL garantiscono mediante i propri consultori:

a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;

b) l'informazione relativa a questioni concernenti la sterilità, l'infertilità e le tecniche di riproduzione medicalmente assistita, nonché l'attività di orientamento verso i centri che praticano quest'ultima e il raccordo operativo con gli stessi;

c) la tutela della salute della donna e del concepito;

d) l'assistenza alla gestante, garantendole i necessari accertamenti medici e informandola sui diritti a lei spettanti come lavoratrice madre, e sui servizi offerti dalle strutture delle Aziende USL;

e) l'informazione a favore della maternità responsabile.

3. La Regione, le Aziende sanitarie regionali e i Comuni attuano gli interventi di cui ai commi 1 e 2 attraverso gli strumenti previsti dagli atti di programmazione regionale.

Art. 300

(Interventi per le famiglie vulnerabili)

1. La Regione promuove forme di sostegno, anche mediante agevolazioni economiche, ai nuclei familiari che, per il combinarsi di più fattori, tra i quali l'elevato numero dei figli, sono vulnerabili e più esposti al disagio e al rischio di povertà.

2. Per l'attuazione di quanto disposto dal [comma 1](#), la Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, realizzano i seguenti interventi:

a) erogazione diretta di benefici economici per la fornitura di beni e servizi essenziali per la vita familiare;

b) agevolazioni per i costi di servizi pubblici e di tariffe, nei limiti delle normative vigenti;

c) riduzione di costi di beni o servizi di uso familiare mediante convenzioni con produttori e distributori;

d) integrazione al canone di locazione ed altre agevolazioni per l'accesso all'alloggio in locazione;

e) agevolazioni per spese mediche e sanitarie;

f) prestito sociale d'onore;

g) misure di sostegno all'inserimento e reinserimento nel mondo del lavoro.

3. Con norme regolamentari vengono definiti le modalità, i criteri e le risorse per la realizzazione degli interventi di cui al [comma 2](#) , in armonia con quanto previsto dal Piano sociale regionale.

4. Le norme regolamentari di cui al [comma 3](#) , in coerenza con la presente legge, definiscono la categoria della vulnerabilità, tenendo presenti, in ogni caso, le seguenti situazioni di disagio:

a) nascita di un altro figlio o adozione o affidò;

b) ingresso dei figli nel circuito dell'istruzione;

c) decesso, ovvero riduzione o perdita del reddito da lavoro da parte della persona di riferimento del nucleo familiare;

d) scomposizione della famiglia;

e) insorgenza di una malattia grave o di una dipendenza;

f) perdita o difficoltà di accesso all'alloggio;

g) presenza o insorgenza in famiglia di una condizione di non autosufficienza;

h) inabilità temporanea al lavoro di lavoratore autonomo, qualora sia unico titolare del reddito nell'ambito del nucleo familiare, per periodi eccedenti la copertura assicurativa o in assenza di garanzie assicurative individuali.

Art. 300-bis

(Sostegno alle famiglie numerose)

1. La Regione riconosce il ruolo delle famiglie numerose promuovendo azioni volte a sostenerne il maggiore carico nel lavoro di cura ed educativo.

2. La Regione, nell'ambito delle azioni di cui al comma 1, promuove interventi di sostegno economico per le famiglie con almeno quattro figli, realizzati dalla Regione stessa o dalle zone sociali, nell'ambito delle rispettive competenze.

3. La Giunta regionale, con proprio regolamento, stabilisce le modalità, i criteri e le condizioni economiche dei nuclei familiari beneficiari degli interventi di cui al presente articolo.

4. Per gli interventi di cui al comma 2 è autorizzata, per ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022, la spesa di euro 180.000,00 alla Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 05 "Interventi per le famiglie", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione regionale 2020-2022.

[287]

Art. 301

(Interventi per la famiglia in condizione di grave disagio)

1. Oltre agli interventi di cui all' [articolo 300](#) , la Regione prevede specifiche misure per la famiglia in condizione di particolare disagio sociale, economico e relazionale.

2. A tal fine la Regione riconosce il valore della permanenza a domicilio di persone prive, anche parzialmente, di autonomia fisica o psichica, e la sostiene adottando apposite misure, in conformità con quanto previsto dagli strumenti normativi e programmatici regionali.

3. La Regione, inoltre, promuove ogni iniziativa idonea per consentire la modulazione e la flessibilità oraria delle prestazioni lavorative in base alle esigenze derivanti dai compiti di cura.

4. La Regione supporta anche economicamente la costituzione di strutture di tipo familiare per l'accoglienza temporanea di donne e bambini vittime di violenza o in condizione di grave disagio.

Art. 302

(Interventi per favorire l'accesso alla casa delle famiglie)

1. La Regione promuove politiche abitative per la famiglia, con particolare riferimento ai nuclei familiari meno abbienti, mediante l'ampliamento dell'offerta di alloggi a canone contenuto, il sostegno economico per i canoni di locazione e l'intervento per l'insorgere di imprevedibili esigenze abitative, secondo quanto previsto dalla [legge regionale 28 novembre 2003, n. 23](#) (Norme di riordino in materia di edilizia residenziale pubblica) e in attuazione dell' [articolo 300](#) .

1-bis. La Regione, anche ai fini di quanto disposto all' [articolo 299](#) , commi 1-bis e 1-ter, attua politiche abitative idonee ad assicurare alloggi nei quali ospitare a canone contenuto i genitori separati che si trovano in condizioni di grave difficoltà economica per effetto dell'assegnazione della casa familiare all'altro coniuge separato. [288]

2. La Regione sostiene le famiglie di nuova formazione e le giovani coppie mediante appropriate forme di supporto da definirsi nel piano triennale per l'edilizia residenziale e nei programmi operativi annuali di cui agli articoli 2 e 3

della [legge regionale n. 23/2003](#).

Art. 303

(Diritto allo studio)

1. La Regione rispetta e garantisce la libertà di scelta e di educazione dei genitori, nonché la parità di trattamento tra gli utenti di scuole ed università pubbliche, statali e paritarie.

2. La Regione prevede strumenti tesi ad assicurare un effettivo diritto allo studio e la concreta possibilità di beneficiare del pluralismo delle offerte educative a partire dalla prima infanzia, ivi compresi contributi diretti alle famiglie, anche nella forma di buoni scuola, nonché servizi e supporti finalizzati all'abbattimento delle spese sostenute per la frequenza.

Art. 304

(Interventi per l'inserimento e reinserimento lavorativo)

1. La Regione adotta misure per favorire le aziende pubbliche o private che assumono con contratto part time persone con figli fino a tre anni di età e sostiene in via prioritaria l'inserimento lavorativo delle stesse.

2. La Regione promuove iniziative volte ad incentivare il reinserimento lavorativo del componente del nucleo familiare, che per compiti di assistenza nei confronti di minori o di cura nei confronti di persona non autosufficiente ha interrotto la precedente attività di lavoro.

3. La Regione favorisce inoltre il reinserimento lavorativo dei disoccupati con famiglia a carico.

4. Le iniziative di cui ai commi 2 e 3 consistono in:

a) attività sistematica d'informazione delle opportunità occupazionali esistenti tramite i servizi territoriali dedicati (Centri per l'impiego e Servizi accompagnamento lavoro);

b) programmi formativi specifici finalizzati al rientro nel mercato del lavoro;

c) riconoscimento di riserva significativa di posti, comunque non superiore al 15%, nei percorsi di formazione professionale nell'ambito delle politiche regionali della formazione.

5. La Regione favorisce con interventi economici la realizzazione di asili nido, anche con strutture presso le aziende, per favorire i genitori nell'attività lavorativa.

Art. 305

(Sostegno all'adozione e all'affidamento familiare)

1. La Regione, nei limiti della propria competenza, al fine di garantire la tutela e la salvaguardia dei minori in Umbria in situazione di difficoltà o di abbandono e per tutelare il loro diritto alla famiglia, sostiene l'attività dei servizi territoriali e di tutti gli altri enti interessati negli adempimenti previsti dalle vigenti leggi in materia di adozione di minori e di affidamento familiare.

2. A tali fini la Regione:

a) sostiene i servizi e le équipe territoriali per l'adozione e promuove l'affidamento familiare mediante apposite linee guida;

b) promuove la collaborazione tra enti autorizzati e servizi pubblici, ai fini di un migliore inserimento dei minori nelle famiglie e nel contesto sociale, nonché ai fini della prevenzione dei fallimenti adottivi;

c) sostiene ed agevola le adozioni e gli affidamenti familiari di minori di età superiore ai 12 anni, con grave disabilità, con handicap accertato ai sensi dell' [articolo 4 della legge 104/1992](#) ;

d) realizza un sistema di monitoraggio sul numero, sull'andamento e sulla gestione delle adozioni, degli affidamenti e sui minori fuori famiglia accolti in strutture residenziali.

Art. 306

(Riconoscimento del lavoro di cura familiare)

1. La Regione riconosce e valorizza il lavoro di cura familiare non retribuito derivante da responsabilità familiari, per l'educazione dei figli o per la cura ed il sostegno dei membri della famiglia in situazione di non autosufficienza.

Art. 307

(Sostegno e qualificazione dell'attività di assistenza familiare domiciliare)

1. La Regione, in armonia con la [legge n. 328/2000](#) e con il Piano sanitario regionale, con il Piano sociale regionale e con la programmazione regionale in materia di formazione, favorisce il sostegno e la qualificazione dell'attività di

assistenza familiare domiciliare.

2. Per attività di assistenza familiare domiciliare si intende il lavoro di cura e aiuto prestato a domicilio da persone singole, anche straniere, non in rapporto di parentela, a favore di coloro che hanno bisogno di un supporto per svolgere le attività della vita quotidiana.

3. Per il conseguimento delle finalità di cui al [comma 1](#) sono promosse e attuate iniziative di:

- a) formazione;
- b) promozione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro;
- c) informazione, assistenza, supporto e consulenza;
- d) sostegno economico;
- e) monitoraggio e verifica degli interventi.

Art. 308

(Formazione per le persone che prestano attività di assistenza familiare)

1. La Regione promuove la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento del personale addetto all'assistenza familiare domiciliare.

2. Le attività di formazione sono rivolte in particolare a fornire competenze nel lavoro di cura e aiuto, igiene alimentare, personale ed ambientale, elementi di gerontologia, geriatria, psicologia, problematiche dell'handicap, miglioramento del contesto abitativo, indipendenza e sicurezza domestica, capacità di orientamento e interazione con il sistema dei servizi nonché, per le persone straniere, ad assicurare l'apprendimento di base e il miglioramento della conoscenza della lingua, della cultura e della tradizione italiana.

3. In esito al percorso formativo è previsto il rilascio di un attestato di frequenza con profitto, secondo la disciplina prevista dalla Giunta regionale, in merito alla programmazione, gestione, vigilanza e rendicontazione degli interventi di formazione e politiche attive del lavoro, in cui vengono rappresentati gli esiti degli apprendimenti maturati nel percorso formativo, in termini di competenze, riconoscibili come crediti formativi. Saranno riconoscibili, inoltre, come crediti formativi in ingresso gli apprendimenti comunque acquisiti dalla persona compresi i titoli conseguiti all'estero, attestanti l'acquisizione di competenze nei processi di assistenza alla persona, ai fini dell'iscrizione negli elenchi di cui all' [articolo 310, comma 1](#).

4. La Giunta regionale individua i soggetti attuatori, i destinatari, la durata, le modalità e il contenuto dei programmi di formazione e aggiornamento, gli incentivi per la frequenza, nonché i criteri per il rilascio dell'attestato di frequenza e per il riconoscimento dei crediti formativi.

Art. 309

(Selezione del personale straniero che presta attività di assistenza familiare)

1. Nel rispetto della normativa statale in materia, la Regione promuove azioni finalizzate all'inserimento lavorativo in ambito regionale di lavoratori stranieri da impiegare nell'assistenza familiare domiciliare, attraverso percorsi formativi da realizzarsi nel Paese d'origine del cittadino extracomunitario.

2. Alle persone individuate ai sensi del [comma 1](#), nel rispetto della normativa statale vigente, è garantito titolo di preferenza nell'ambito delle quote d'ingresso di lavoratori stranieri extracomunitari assegnate alla Regione.

Art. 310

(Promozione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro)

1. [...] ^[289] La Regione^[290], per garantire un servizio di cura qualificato e regolare nonché per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, [...] ^[291] predispone^[292] elenchi di persone disponibili all'assistenza familiare domiciliare con indicazione specifica di coloro che sono in possesso dell'attestato di cui all' [articolo 308, comma 3](#) e di eventuali altri titoli di formazione nell'area assistenziale.

2. La Giunta regionale [...] ^[293] stabilisce, con proprio atto, i requisiti di iscrizione agli elenchi di cui al [comma 1](#), gli obblighi degli iscritti, le modalità di tenuta, di aggiornamento e di pubblicazione degli elenchi.

Art. 311

(Attività di informazione e assistenza)

1. [...] ^[294] Le Zone sociali, tramite il Comune capofila^[295], con la collaborazione di soggetti pubblici, privati e del privato sociale, garantiscono l'attività di informazione, assistenza e consulenza in favore delle famiglie e del personale addetto all'assistenza familiare domiciliare.

2. Le attività di cui al [comma 1](#) sono rivolte in particolare a sostenere le persone singole e le famiglie nell'avvio e nella gestione del rapporto di lavoro, con riferimento agli aspetti di natura sia amministrativa che relazionale e a garantire al personale addetto all'assistenza familiare domiciliare regolari condizioni di vita e di lavoro.

Art. 312

(Interventi di sostegno economico a favore dei soggetti che si avvalgono del personale addetto alle attività di assistenza familiare)

1. La Regione sostiene le persone singole e le famiglie che si avvalgono di personale addetto all'assistenza familiare domiciliare per le finalità di cui all' [articolo 307, comma 1](#) , anche attraverso intese tra [...] ^[296] **Zone sociali** ^[297] **tramite il Comune capofila** ^[297] , terzo settore e associazionismo sociale, al fine di agevolare l'erogazione di contributi mensili, diretti a ridurre gli oneri derivanti dai contratti di lavoro.

2. La Giunta regionale stabilisce con proprio regolamento:

a) i soggetti che possono richiedere il contributo mensile di cui al [comma 1](#) ;

b) i requisiti necessari ai fini dell'ammissione al contributo con riferimento, in particolare:

1) alla situazione economica del nucleo familiare della persona richiedente, valutata secondo il metodo ISEE;

2) alla condizione di bisogno e di disagio individuale e familiare;

3) alla durata e alle condizioni stabilite nel contratto di lavoro del personale addetto all'assistenza familiare domiciliare;

c) la commisurazione del contributo mensile rapportata ai requisiti di cui ai numeri 1), 2) e 3) della [lettera b\)](#) del presente comma.

3. I soggetti di cui alla [lettera a\) del comma 2](#) si impegnano a far partecipare il personale addetto all'assistenza familiare domiciliare ai programmi di formazione e aggiornamento di cui all' [articolo 308](#) .

4. Il contributo mensile è erogato [...] ^[298] **dalle Zone sociali, tramite il Comune capofila** ^[299] sulla base di appositi finanziamenti concessi dalla Regione e ripartiti in relazione alla popolazione ultrasessantacinquenne e alla popolazione diversamente abile residente nell'ambito territoriale di riferimento di cui al Piano sociale regionale.

5. I contributi sono cumulabili con altre agevolazioni compatibili con leggi regionali.

Capo III

Fondo regionale di emergenza per le famiglie delle vittime di incidenti mortali del lavoro

Art. 313

(Fondo regionale di emergenza per le famiglie delle vittime di incidenti mortali del lavoro)

1. La Regione, nel rispetto dei principi sanciti dallo [Statuto regionale](#) , al fine di far fronte all'emergenza delle famiglie di lavoratrici e lavoratori autonomi e subordinati nonché di soggetti ad essi equiparati, vittime di incidenti mortali del lavoro, istituisce il Fondo regionale di emergenza per le famiglie delle vittime di incidenti mortali del lavoro di seguito denominato Fondo. Il Fondo è finalizzato all'erogazione di un contributo in caso di morte del lavoratore per incidente del lavoro.

2. La Regione con il Fondo di cui al [comma 1](#) , promuove, altresì, in collaborazione con altri soggetti istituzionali e organismi che operano nell'ambito della sicurezza sul lavoro, campagne di informazione e progetti di sensibilizzazione sul diritto delle lavoratrici e dei lavoratori alla sicurezza nei luoghi di lavoro al fine di assicurare una più efficace azione volta alla soluzione del problema della sicurezza nei luoghi di lavoro.

3. Le risorse destinate alle campagne ed ai progetti di cui al [comma 2](#) non possono superare il dieci per cento del fondo.

4. Il Fondo di cui al [comma 1](#) è alimentato:

a) da risorse regionali;

b) dalla raccolta effettuata dal Comitato regionale di cui all' [articolo 315](#) dei contributi volontari e solidaristici versati dai lavoratori, dai datori di lavoro, dagli amministratori, eletti o nominati, della Regione, dei Comuni e delle Province, dagli amministratori nominati dagli Enti pubblici, dai cittadini singoli o associati e qualunque altro soggetto pubblico o privato;

c) con i proventi derivanti dalle sanzioni applicate alle imprese che non risultano in regola con le disposizioni regionali in materia di regolarità contributiva.

5. Le risorse finanziarie costituenti il Fondo possono essere utilizzate per interventi e prestazioni di assistenza sociale a favore dei soggetti di cui all' [articolo 314](#) , al fine di garantire agli stessi una quota assistenziale al momento della perdita del familiare, con le modalità previste nel regolamento di cui all' [articolo 316, comma 1, lettera a\)](#) .

Art. 314

(Contributo in caso di morte del lavoratore per incidente sul lavoro)

1. Sono beneficiari del contributo di cui all' [articolo 313](#) il coniuge superstite o, in mancanza i figli, o in mancanza di questi, gli ascendenti, o in mancanza di questi, i fratelli e le sorelle in rapporto di dipendenza economica, o in mancanza di questi ultimi, il convivente anagraficamente in rapporto di dipendenza economica, secondo le modalità stabilite dal regolamento di all' [articolo 316, comma 1, lettera a\)](#) .
 2. Il contributo è concesso ove il lavoratore deceduto risulti residente in Umbria al momento del decesso, ovvero ove l'incidente mortale si sia verificato nel territorio regionale.
 3. Il contributo è concesso entro trenta giorni dalla morte del lavoratore per una sola volta. Esso è aggiuntivo rispetto ad eventuali emolumenti o indennizzi derivanti da altri obblighi di legge o assicurativi.
-

Art. 315

(Comitato regionale per il Fondo emergenza incidenti del lavoro)

1. È istituito il Comitato per il Fondo emergenza incidenti del lavoro composto da:
 - a) il Presidente della Giunta regionale, o suo delegato, con funzioni di Presidente;
 - b) un componente designato dall'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) e uno designato dall'Unione province d'Italia associazioni dell'Umbria (UPI);
 - c) tre componenti designati dalle organizzazioni sindacali regionali dei lavoratori maggiormente rappresentative, Confederazione generale italiana del lavoro (CGIL), Confederazione italiana sindacati lavoratori (CISL), Unione italiana del lavoro (UIL) e Unione generale del lavoro (UGL);
 - d) un componente designato dalla Confindustria Umbria;
 - e) un componente designato dalla Confederazione italiana della piccola e media industria regionale (CONFAPI);
 - f) un componente designato dalla Confederazione nazionale dell'artigianato e della piccola e media impresa regionale (CNA);
 - g) un componente designato dalla Associazione provinciale artigiani della provincia di Perugia e della provincia di Terni;
 - h) un componente designato dalla Confartigiano imprese Umbria;
 - i) un componente designato dalla Unione fra gli artigiani della Regione Umbria (CLAAI);
 - j) un componente designato dalla Confederazione italiana agricoltori dell'Umbria regionale (CIA);
 - k) un componente designato dalla Confagricoltura regionale;
 - l) un componente designato dalla Coldiretti Umbria;
 - m) un componente designato dalla Confcommercio regionale;
 - n) un componente designato dalla Confesercenti regionale;
 - o) un componente designato dalla Confcooperative regionale;
 - p) un rappresentante designato dalla Lega regionale delle cooperative;
 - q) un componente designato dalla Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro (ANMIL) Umbria.
 2. Il Comitato può, di volta in volta, invitare alle sedute altri soggetti oltre a quelli individuati al [comma 1](#) .
 3. Il Comitato è nominato dal Presidente della Giunta regionale, resta in carica per la durata della legislatura e opera presso la Direzione regionale competente in materia di servizi sociali.
 4. Le funzioni di segreteria e di assistenza del Comitato sono svolte dal servizio regionale competente in materia di servizi sociali.
 5. Il Comitato adotta un regolamento interno per il proprio funzionamento. Il regolamento può prevedere l'adesione di altri soggetti.
 6. Ai componenti del Comitato non spetta alcun compenso e rimborso spese.
-

Art. 316

(Funzioni del Comitato regionale per il Fondo emergenza incidenti del lavoro)

1. Il Comitato svolge le seguenti funzioni:

- a) provvede alla gestione del Fondo e alla erogazione del contributo in caso di morte del lavoratore per incidente del lavoro sulla base delle modalità stabilite dalla Giunta regionale con regolamento, secondo il criterio che il contributo si compone di una parte fissa uguale per tutti i beneficiari e di una parte variabile da determinare tenendo conto del reddito complessivo del nucleo familiare e del numero dei suoi componenti. La parte variabile del contributo non può essere superiore al triplo della parte fissa dello stesso;
- b) formula proposte alla Giunta regionale in merito alle iniziative dirette a favorire la conoscenza e la sensibilizzazione in ordine al rispetto dei diritti dei lavoratori sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- c) propone alla Giunta regionale indagini e studi nelle materie di cui al presente Testo unico.

TITOLO V

POLITICHE PER LE PERSONE A RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE

Capo I

(Fondo regionale per la non autosufficienza e diritto alle prestazioni)

Art. 317

(Fondo regionale per la non autosufficienza)

1. La Regione, nel rispetto dei valori della Costituzione e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dei principi fondamentali stabiliti dalla [legge n. 328/2000](#) e dalla normativa statale vigente in materia, nonché dei principi fissati dallo [Statuto regionale](#), istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza, di seguito denominato Fondo, al fine di incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie, sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sociali e sanitarie, di presa in carico attraverso una progettualità personalizzata e partecipata.

Art. 318

(Diritto alle prestazioni)

1. Possono usufruire delle prestazioni dei servizi, finanziati con il Fondo, le persone non autosufficienti aventi diritto all'assistenza sanitaria.

2. Con il termine persone non autosufficienti si intendono quelle persone che hanno subito una perdita permanente parziale o totale dell'autonomia delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone, considerando i fattori ambientali e personali che concorrono a determinare tale incapacità coerentemente con quanto previsto dalle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) attraverso la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (I.C.F.). La condizione di non autosufficienza si articola in diversi livelli di gravità, secondo quanto previsto all' [articolo 320, comma 2, lettera b\)](#).

Art. 319

(Accesso unico alle prestazioni e presa in carico della persona non autosufficiente)

1. L'accesso alle prestazioni dei servizi finanziati con il Fondo è garantito dalla rete territoriale dei servizi socio-sanitari attraverso i centri di salute dei distretti socio-sanitari e gli uffici della cittadinanza dei comuni, che assicurano l'uniformità dell'informazione e l'accoglienza, confluenso in un punto unico rappresentato dal distretto socio-sanitario.

2. Il distretto [...] [\[300\]](#) sanitario o le Zone sociali^[301] provvedono alla presa in carico della persona non autosufficiente ed alla attivazione della unità multidisciplinare di valutazione prevista dalle disposizioni regionali in materia.

3. La presa in carico comporta la valutazione multidisciplinare della persona non autosufficiente e la formulazione di un progetto individuale finalizzato a realizzare la piena inclusione della persona non autosufficiente nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché, nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro in armonia con quanto stabilito dal [Capo III della legge n. 328/2000](#). All'interno del progetto individuale viene formulato il programma assistenziale personalizzato come definito dall' [articolo 324](#).

Art. 320

(Accertamento e valutazione della non autosufficienza)

1. L'accertamento della condizione di non autosufficienza è effettuato dalle unità multidisciplinari di valutazione, geriatrica e per disabili, previste dalle disposizioni regionali in materia operanti presso i distretti socio-sanitari delle Aziende (USL).

2. La Giunta regionale, con proprio atto di indirizzo fissa in maniera omogenea su tutto il territorio:

- a) i criteri per definire la composizione delle unità di valutazione di cui al [comma 1](#) e le relative modalità di funzionamento;

b) i criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione per categoria clinica e gravità della condizione.

3. La valutazione della condizione di non autosufficienza avviene tenendo conto delle indicazioni della O.M.S. ed è ispirata ai principi generali della I.C.F. di cui all' [articolo 318 comma 2](#) .

4. Alle unità di valutazione di cui al [comma 1](#) partecipano, almeno, il medico di medicina generale, il personale sanitario dell'area infermieristica e dell'area riabilitativa della competente struttura della Azienda USL e il personale relativo alle figure professionali socio-assistenziali dei servizi sociali del comune competente per territorio.

5. Le Aziende USL competenti per territorio provvedono alla nomina e all'insediamento delle unità di valutazione di cui al [comma 1](#) .

Art. 321

(Costituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza)

1. Il Fondo regionale per la non autosufficienza è alimentato da:

a) risorse provenienti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza;

b) risorse provenienti dal finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale specificatamente destinate alle finalità della presente legge;

c) risorse proprie del bilancio regionale afferenti anche al Fondo sociale regionale di cui alla [legge regionale 26/2009](#) ;

d) eventuali altre risorse di natura privata.

2. Il Fondo costituisce vincolo di risorse per la realizzazione degli obiettivi previsti di cui all' [articolo 317](#) .

3. Alla realizzazione degli obiettivi di cui all' [articolo 317](#) concorrono i Comuni con risorse proprie appositamente destinate nei bilanci annuali e pluriennali.

4. Il Fondo ha contabilità separata nel bilancio delle Aziende USL.

5. La Giunta regionale, con proprio atto di indirizzo, definisce le modalità di tenuta della contabilità e la relativa rendicontazione.

Art. 322

(Partecipazione delle formazioni sociali e delle organizzazioni sindacali nella costruzione e gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza)

1. La Regione riconosce il ruolo di rappresentanza sociale delle organizzazioni e delle formazioni sociali che rappresentano e tutelano i cittadini nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e assume il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse.

2. Nella costruzione e gestione del Fondo assume un ruolo fondamentale il confronto ai vari livelli istituzionali con le organizzazioni sindacali, le espressioni di autorganizzazione della società civile in ambito sociale, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato, alle associazioni di promozione sociale e del confronto con le rappresentanze dei soggetti gestori dei servizi. Il confronto si realizza lungo tutto l'arco della elaborazione degli strumenti di programmazione e si completa nel confronto sulla valutazione degli esiti. A livello [...] [\[302\]](#) delle zone [\[303\]](#) sociali tale confronto si svolge attraverso il [...] [\[304\]](#) tavolo zonale di concertazione di cui all' [articolo 271 bis](#) . [\[305\]](#) .

3. I principi di cui al presente articolo orientano l'attività della Regione e degli Enti locali a tutti i livelli, prevedendo momenti di concertazione e confronto per i rispettivi ambiti di competenza.

Capo II

Fondo per le prestazioni socio-sanitarie e sociali

Art. 323

(Fondo per le prestazioni socio-sanitarie e sociali)

1. Il Fondo per garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in favore delle persone non autosufficienti anziani, adulti e minori, finanzia le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. La Regione assegna direttamente ai Distretti di cui all' [art. 38](#) [...] [\[306\]](#) e alle Zone sociali di cui all' [articolo 268 bis](#) [\[307\]](#) le risorse del fondo per l'erogazione delle prestazioni di cui al [comma 1](#) a rilevanza sociale.

3. Le prestazioni di cui al [comma 1](#) , garantite alle persone non autosufficienti secondo criteri di gradualità nell'erogazione come previsto dal [comma 6, lettera c\)](#) , sono orientate a favorire la permanenza dell'assistito nel proprio domicilio ed evitare il ricovero in strutture residenziali. Le prestazioni socio-sanitarie e sociali prevedono interventi volti a mantenere ed accrescere le opportunità di sviluppo psicosociale della persona disabile.

4. Le spese sostenute per l'assistenza alle persone non autosufficienti seguono il criterio della residenza del beneficiario e la compensazione finanziaria avviene secondo le disposizioni che regolano la mobilità sanitaria.

5. La Giunta regionale in coerenza con gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria, stabilisce con proprio atto:

a) le prestazioni erogabili a domicilio con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello sviluppo delle attività quotidiane, all'assistenza familiare domiciliare, alla promozione di attività di socializzazione, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi residenziali per le persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;

b) i criteri di erogazione appropriata delle prestazioni, correlati alla natura del bisogno da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi residenziale e residenziale, articolati in base all'intensità complessiva e alla durata dell'assistenza;

c) l'individuazione dei costi posti a carico del Servizio sanitario nazionale per ciascuna prestazione.

6. La Giunta regionale disciplina con regolamento:

a) i criteri e le modalità per l'accesso alle prestazioni;

b) i criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui alla presente legge tenendo conto delle condizioni economiche del destinatario della prestazione, prevedendo l'esenzione totale, l'esenzione parziale e la non esenzione;

c) i criteri per garantire la gradualità nell'erogazione delle prestazioni, limitatamente alla fase di progressivo raggiungimento dei livelli essenziali, in modo proporzionale alle risorse disponibili.

Capo III

Programma assistenziale personalizzato

Art. 324

(Programma assistenziale personalizzato)

1. Il programma assistenziale personalizzato, di seguito PAP, individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute, indica le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e alla famiglia, fissa i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni, nonché i criteri di verifica in itinere dei risultati raggiunti.

2. Alla definizione del PAP partecipano la persona non autosufficiente, o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, i suoi familiari e conviventi.

3. Il PAP individua il responsabile del programma che deve essere scelto tra gli operatori dell'area sanitaria o dell'area sociale sulla base del criterio della prevalenza della tipologia delle prestazioni previste dal programma stesso.

4. Il responsabile del PAP di cui al [comma 3](#) garantisce l'attuazione del programma attraverso l'intervento integrato dei servizi sanitari e dei servizi sociali, divenendo il referente dei soggetti di cui al [comma 2](#).

Art. 325

(Patto per la cura e il benessere)

1. Al fine di assicurare la piena applicazione del PAP la persona non autosufficiente, o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, i suoi familiari o conviventi e il responsabile del PAP predispongono e sottoscrivono il Patto per la cura e il benessere con il quale vengono garantite e coordinate le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche.

Capo IV

Piano regionale integrato per la non autosufficienza

Art. 326

(Piano regionale integrato per la non autosufficienza)

1. La Giunta regionale adotta, contestualmente al Piano sanitario ed al Piano sociale, il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di seguito PRINA e lo trasmette, espletate le procedure di concertazione, all'Assemblea Legislativa per l'approvazione.

2. Il PRINA ha durata triennale e definisce:

a) i criteri generali di riparto del Fondo di cui all' [articolo 1](#) e l'assegnazione delle risorse da destinare alle Aziende USL e alle zone sociali con il vincolo di destinazione per i distretti socio-sanitari e Ambiti territoriali sociali;

b) le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti;

c) gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali operanti a livello di Azienda USL e a livello di Comune.

Art. 327

(Livelli e strumenti della programmazione)

1. Ai fini della presente legge, in coerenza con gli indirizzi fissati dal PRINA, la programmazione si articola su tre livelli:

a) Regione;

b) Azienda USL e [...] [\[308\]](#) Zone sociali dei distretti dell'azienda unità sanitaria locale [\[309\]](#) ;

[c)] [\[310\]](#)

c) distretti sanitari e Zone sociali. [\[311\]](#)

2. La Regione approva il PRINA, ne verifica l'attuazione e ne valuta gli esiti.

[3.] [\[312\]](#)

3. L'azienda unità sanitaria locale e le Zone sociali ricompresi nel suo territorio redigono il Piano attuativo triennale del PRINA. [\[313\]](#)

[4.] [\[314\]](#)

4. Il Piano attuativo triennale del PRINA è articolato per distretti sanitari e Zone sociali e individua i servizi aventi come bacino di utenza l'intero territorio delle Zone sociali. [\[315\]](#)

5. Il Piano attuativo triennale del PRINA è approvato [...] [\[316\]](#) dalla Conferenza di zona [\[317\]](#) , entro 30 giorni dalla approvazione del PRINA, ed acquista efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta regionale, così come previsto per i piani attuativi locali, resa entro 30 giorni.

6. [...] [\[318\]](#) I distretti sanitari e le Zone sociali [\[319\]](#) definiscono il Programma operativo del PRINA quale parte integrante del Programma delle attività territoriali del distretto socio-sanitario e del Piano di zona.

7. Il Programma operativo del PRINA viene redatto e approvato nel rispetto delle procedure previste dalle disposizioni vigenti per la redazione e approvazione del Programma delle attività territoriali del distretto [...] [\[320\]](#) sanitario [\[321\]](#) e del Piano di zona.

8. Il Programma operativo del PRINA è approvato entro 30 giorni dalla deliberazione della Giunta regionale avente ad oggetto la valutazione di congruità del Piano attuativo triennale del PRINA.

9. Gli anziani non autosufficienti che beneficiano dell'assegno di cura di cui alla [l.r. 24/2004](#) continuano a percepire l'incentivo economico fino a quando è predisposto e sottoscritto in loro favore il patto per la cura ed il benessere che può confermare l'incentivo o prevedere altre misure economiche ai sensi dell' [articolo 325](#) .

Capo V

Prestito sociale d'onore

Art. 328

(Prestito sociale d'onore)

1. Il prestito sociale d'onore, in coerenza con il Piano sociale regionale, è un'agevolazione concessa a favore di soggetti in possesso dei requisiti di cui all' [articolo 330](#) che versano in situazioni di temporanea difficoltà economica.

2. La difficoltà economica di cui al [comma 1](#) deve essere:

a) momentanea e contingente, legata a problematiche individuali, familiari, abitative, scolastico-formative, lavorative, di salute e legali;

b) caratterizzata dalla presenza di concrete opportunità volte al superamento delle difficoltà economiche da parte del soggetto e/o dei suoi familiari.

Art. 329

(Fondo per l'accesso al prestito sociale d'onore)

1. La Giunta regionale finanzia il prestito sociale d'onore con un apposito fondo finalizzato a consentire l'accesso al microcredito da parte dei soggetti di cui all' [articolo 330](#) , anche al fine di contrastare fenomeni di usura.

2. Il fondo è ripartito tra le Zone sociali con le modalità stabilite dal regolamento di cui all' [articolo 331 comma 6](#) .

3. Il prestito sociale d'onore consiste nell'abbattimento totale degli interessi sui prestiti sociali d'onore erogati da istituti di credito convenzionati con Gepafin S.p.A., da restituirsì in rate periodiche entro un periodo massimo di sessanta mesi. La restituzione del prestito decorre dal sesto mese dall'erogazione dello stesso. Il prestito sociale d'onore è garantito da Gepafin S.p.a. sull'importo richiesto, nei limiti della disponibilità del Fondo.

4. Il prestito sociale d'onore ha un importo massimo di euro 5 mila ed è determinato in funzione delle necessità dei soggetti e della loro capacità di rimborso.

5. La gestione amministrativa e contabile del fondo di cui al [comma 1](#), effettuata secondo un criterio di separazione tra l'importo per l'abbattimento totale degli interessi derivanti dall'erogazione di prestiti e l'importo a garanzia dei prestiti sociali erogati, è attribuita a Gepafin S.p.a. sulla base di una apposita convenzione stipulata tra la stessa Gepafin e la Regione.

6. Un nuovo prestito sociale d'onore non può essere concesso al richiedente e/o al proprio nucleo familiare prima di dodici mesi a partire dal termine della restituzione del precedente prestito.

Art. 330

(Requisiti per l'accesso)

1. Il soggetto, per ottenere il prestito sociale d'onore deve essere in possesso, alla data di presentazione della domanda, dei seguenti requisiti:

a) essere cittadino italiano o dell'Unione Europea; qualora cittadino extracomunitario, essere in possesso di carta di soggiorno o regolare permesso di soggiorno, la cui scadenza deve essere successiva alla restituzione del prestito;

b) esercitare attività di lavoro subordinata o autonoma;

c) avere residenza anagrafica da almeno un anno in uno dei comuni dell'Umbria;

d) avere compiuto i 18 anni di età;

e) avere un reddito familiare complessivo, come determinato da attestazione ISEE, ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali e regionali, non superiore a 17 mila euro annui e non inferiore a 5 mila euro annui, calcolato sulla base dell'ultima dichiarazione dei redditi;

f) avere una condizione socio-economica, alla data di presentazione della domanda o conseguibile in un arco temporale di breve periodo rispetto alla data della domanda stessa, tale da consentire una ragionevole e ponderata capacità di rimborso entro i termini stabiliti all' [articolo 329, comma 3](#) ;

g) non godere di altre agevolazioni della stessa natura erogate da soggetti pubblici e privati, fatte salve le agevolazioni di carattere fiscale. Tale requisito deve sussistere fino alla restituzione dell'ultima rata del prestito sociale d'onore ottenuto;

h) non avere una situazione debitoria che evidenzia l'assoluta incapacità di rimborso del prestito sociale d'onore.

Art. 331

(Modalità per l'erogazione del prestito)

1. Il soggetto, al fine dell'erogazione del prestito sociale d'onore, deve presentare apposita domanda al Comune di residenza o al Comune capofila di Zona sociale individuato nel Piano sociale regionale. La domanda deve contenere le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà rese ai sensi del [DPR 445/2000](#) relativamente:

a) al possesso dei requisiti di cui all' [articolo 330](#) ;

b) alla sussistenza delle problematiche di cui all' [articolo 328 comma 2 lettera a\)](#) .

2. La domanda deve altresì contenere l'importo della spesa sostenuta o da sostenere che deve essere dimostrato da puntuale e adeguata documentazione.

3. Il Comune di cui al [comma 1](#), verifica il possesso dei requisiti di cui all' [articolo 330](#) e trasmette a Gepafin S.P.A. le domande pervenute, con cadenza mensile.

4. Gepafin S.p.A. stila una graduatoria delle domande pervenute, tenendo conto delle priorità determinate con il regolamento di cui al [comma 6](#) e, entro dieci giorni dal ricevimento della domanda, trasmette agli istituti di credito convenzionati di cui all' [articolo 329, comma 3](#), una comunicazione contenente l'indicazione dei soggetti che hanno i requisiti per accedere al prestito sociale d'onore.

5. Gli istituti di credito convenzionati, entro quindici giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al [comma 4](#), deliberano la concessione del prestito sociale d'onore.

6. La Giunta regionale, con apposito regolamento:

a) stabilisce le specifiche tipologie di difficoltà economica, momentanea e contingente, con l'individuazione delle relative priorità ai sensi dell' [articolo 328 comma 2, lettera a\)](#) ;

b) approva lo schema di avviso pubblico da pubblicarsi presso i Comuni;

c) individua i criteri e le procedure per la ripartizione del fondo di cui all' [articolo 329](#) , tra Zone sociali previsti dal Piano sociale regionale.

Capo VI

Erogazione di contributi a favore degli enti di tutela e assistenza agli invalidi

Art. 332

(Erogazione di contributi)

1. La Regione concede annualmente contributi alle seguenti Associazioni allo scopo di favorirne lo svolgimento dei compiti istituzionali:

- a) Associazione nazionale mutilati ed invalidi del lavoro (ANMIL) riconosciuta con [d.p.r. 31 marzo 1979](#) ;
- b) Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili (ANMIC) riconosciuta con [d.p.r. 23 dicembre 1978](#) ;
- c) Associazione nazionale vittime civili di guerra (ANVCG) riconosciuta con [d.p.r. 23 dicembre 1978](#) ;
- d) Unione nazionale mutilati per servizio (UNMS) riconosciuta con [d.p.r. 23 dicembre 1978](#) ;
- e) Unione italiana ciechi (UIC) riconosciuta con [d.p.r. 23 dicembre 1978](#) ;
- f) Associazione nazionale mutilati ed invalidi di guerra (ANMIG) riconosciuta con [d.p.r. 23 dicembre 1978](#) ;
- g) Ente nazionale sordomuti (ENS) riconosciuta con [d.p.r. 31 dicembre 1979](#) .

Art. 333

(Modalità di erogazione dei contributi)

1. I contributi vengono erogati dalla Giunta regionale sulla base di un programma di riparto adottato dalla Giunta medesima secondo le seguenti percentuali: Il 20 per cento dello stanziamento regionale viene assegnato alla Unione italiana ciechi (UIC), il 29 per cento all'ANMIC, il 20 per cento all'ANMIL, il 13 per cento all'ANMIG, il 6 per cento all'ENS, il 6 per cento all'UNMS e il 6 per cento all'ANVCG.

2. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, con proprio atto provvede ogni due anni alla revisione delle aliquote percentuali di cui al [comma 1](#) , sulla base del numero degli assistiti di ciascuna associazione e del volume dell'attività svolta, da valutare in base al consuntivo di cui al successivo articolo.

3. Al fine della formazione del piano di riparto di cui al [comma 1](#) , gli aventi diritto devono presentare entro il 31 ottobre di ogni anno alla Giunta regionale il programma di attività per l'anno successivo ed il relativo piano finanziario. La Giunta regionale provvede alla liquidazione dei contributi previa valutazione dei programmi presentati.

4. Entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello dell'erogazione del contributo, gli aventi diritto presentano alla Giunta regionale il rendiconto delle attività svolte ed i relativi conti consuntivi.

5. Qualora la Giunta regionale riscontri difformità rispetto ai piani di attività e/o ai compiti istituzionali stabiliti negli statuti delle associazioni che hanno beneficiato del contributo, revoca il contributo stesso.

TITOLO VI

MISURE PER [...] [\[322\]](#) DISCIPLINARE [\[323\]](#) L'INSERIMENTO DI COMUNITÀ A RISCHIO DI EMARGINAZIONE SOCIALE

Capo I

Misure per [...] [\[324\]](#) disciplinare [\[325\]](#) l'inserimento dei nomadi nella società e per la tutela della loro identità e del loro patrimonio culturale

Art. 334

(Misure per l'insediamento dei nomadi nel contesto sociale)

1. La Regione [...] [\[326\]](#) disciplina [\[327\]](#) l'insediamento dei nomadi di cittadinanza italiana nel contesto sociale, garantendo la salvaguardia dell'identità e della cultura nomade, riconosce il diritto al nomadismo, ne disciplina la sosta nel territorio regionale, la fruizione dei servizi per l'assistenza sociale e sanitaria e stabilisce provvidenze finalizzate all'inserimento della comunità nomade di cittadinanza italiana nel contesto sociale.

2. Possono beneficiare delle previsioni di cui al presente Testo unico anche i nomadi non cittadini italiani, nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione statale.

Art. 335

(Realizzazione dei campi di sosta e delle aree di transito)

1. I Comuni qualora intendano realizzare i campi di sosta e di transito, provvedono con apposita variante al proprio strumento urbanistico generale di previsione alla individuazione delle aree necessarie classificandole: «aree e servizi pubblici», con specifica destinazione.
2. I Comuni entro il 31 gennaio di ogni anno presentano al Presidente della Giunta regionale le domande per la realizzazione dei campi di sosta e delle aree di transito per i nomadi.
3. Alle domande devono essere allegati:
 - a) i progetti dei campi di sosta e delle aree di transito, le relative relazioni tecniche e preventivi di spesa;
 - b) i preventivi di spesa relativi alla gestione ed alla manutenzione dei campi e delle aree.
4. Il campo di sosta nel quale è consentito un periodo di permanenza massima di un anno per non più di cento utenti deve avere una superficie non inferiore a mq. 2000 e non superiore a mq. 3000, deve essere dotato di recinzione, servizi igienici compresi docce, fontana e lavatoio, illuminazione pubblica, impianti di allaccio di energia elettrica ad uso privato, area di giochi per bambini, telefono pubblico, contenitori per immondizie.
5. L'area riservata al transito consiste in una superficie dove i nomadi possono sostare per un periodo non superiore a venti giorni. L'area di transito deve essere dotata di recinzione, impianto di allaccio di energia elettrica, servizi igienici, acqua potabile e di spazi per la sosta delle roulotte.
6. L'ubicazione dei campi di sosta e di transito è individuata in modo da favorire la partecipazione degli utenti alla vita sociale e l'accesso ai servizi sanitari e sociali. La vigilanza sulle condizioni igienico-sanitarie è assicurata da parte dell'Azienda USL competente.
7. I nomadi accedono ai campi di sosta e di transito previa richiesta al Comune, il quale può disporre il versamento di un contributo.
8. I Comuni che abbiano realizzato i campi di sosta e le aree di transito possono affidarne, mediante convenzione, la gestione ad associazioni di volontariato, che operino nel settore dei servizi sociali, con le modalità previste dall'[articolo 382](#).

Art. 336

(Piano annuale ed erogazione dei contributi)

1. La Giunta regionale, sulla base delle domande presentate dai Comuni, approva il piano annuale per la localizzazione dei campi di sosta e delle aree di transito per i nomadi entro sessanta giorni dal termine di cui all'[articolo 335, comma 2](#) ai fini della ripartizione dei contributi per la realizzazione e la gestione dei campi di sosta e delle aree di transito, previo parere della competente commissione consiliare.
2. I Comuni, entro sessanta giorni dall'approvazione del piano di cui al [comma 1](#) devono presentare il progetto esecutivo delle opere.
3. L'erogazione dei contributi è disposta:
 - a) per l'acquisto delle aree fino al 30 per cento della spesa ritenuta ammissibile;
 - b) per la realizzazione dei campi di sosta e delle aree di transito fino al 30 per cento della spesa ritenuta ammissibile;
 - c) per la gestione fino al 30 per cento della spesa ritenuta ammissibile, entro il 30 settembre di ogni anno secondo le previsioni del piano di cui al [comma 1](#).
4. I contributi sono erogati dalla Giunta regionale con le modalità previste dalla [legge regionale 21 gennaio 2010, n. 3](#) (Disciplina regionale dei lavori pubblici e norme in materia di regolarità contributiva per i lavori pubblici.)

Art. 337

(Inserimento scolastico e professionale)

1. La Regione, al fine di favorire ed agevolare l'inserimento dei minori appartenenti alle Comunità dei nomadi negli asili nido, nella scuola materna e dell'obbligo, nel rispetto delle peculiarità della loro cultura, promuove iniziative dei Comuni e delle autorità scolastiche locali in accordo con l'Ufficio scolastico regionale.
2. I giovani nomadi che si iscrivono e frequentano gli asili nido, le scuole materne e dell'obbligo, i corsi di formazione professionale e le scuole secondarie in Umbria, usufruiscono delle provvidenze di cui alla legislazione regionale vigente nei limiti e secondo le modalità previste.
3. I soggetti destinatari della delega in materia di formazione professionale provvedono, nell'ambito dei piani annuali di attività, alla programmazione di iniziative specifiche dirette alla qualificazione professionale dei giovani nomadi, con particolare riferimento alle forme di lavoro e artigianato tipiche della loro cultura.
4. È consentita la partecipazione ai corsi annuali programmati per i giovani nomadi in possesso dei necessari requisiti culturali e di base adeguatamente accertati.

Art. 338

(Promozione delle attività artigiane e delle forme associative tipiche della cultura nomade)

1. La Regione favorisce la realizzazione di iniziative di sostegno del settore dell'artigianato, in particolare di quello tipico della cultura nomade, nel quadro della vigente normativa nazionale e regionale.
2. La Regione favorisce altresì la realizzazione di iniziative volte alla creazione di forme associative o cooperative nei settori di attività tipici dei nomadi.

TITOLO VII

AZIONI REGIONALI PER FAVORIRE LO SCAMBIO E L'UTILIZZO DI PRESTAZIONI SOCIALI TRA CITTADINI

Capo I

Banche del tempo e associazionismo familiare

Art. 339

(Associazioni "Banche del tempo")

1. Per favorire lo scambio di servizi di vicinato, facilitare l'utilizzo dei servizi, favorire la produzione di beni relazionali nella comunità incentivando le iniziative di espressioni organizzate delle persone che intendono scambiare parte del proprio tempo a favore della famiglia per impieghi di reciproca solidarietà e interesse, la Regione favorisce la costituzione di associazioni denominate "Banche del tempo".
2. Al fine di favorire e sostenere le attività di cui al [comma 1](#), i Comuni possono realizzare e favorire la formazione di banche del tempo attraverso le seguenti modalità:
 - a) disponendo l'utilizzo di locali e l'accesso ad eventuali servizi;
 - b) assicurando o concorrendo all'organizzazione di attività di promozione, formazione e informazione;
 - c) stipulando convenzioni che prevedano scambi di tempo da destinare a prestazioni di mutuo aiuto in favore di genitori, famiglie e singoli cittadini. Tali prestazioni non devono costituire modalità di esercizio di attività istituzionali.

Art. 340

(Coordinamento dei tempi della città)

1. I comuni, anche in forma associata, adottano piani territoriali degli orari, al fine di armonizzare i tempi delle città con le esigenze delle famiglie.
2. I piani di cui al [comma 1](#) sono strumenti di carattere unitario per finalità e indirizzo, articolati in progetti, anche di carattere sperimentale, volti al coordinamento e all'armonizzazione degli orari degli esercizi commerciali, dei servizi pubblici, degli uffici periferici delle amministrazioni pubbliche, dei trasporti pubblici, delle attività culturali e di spettacolo, nonché alla promozione del tempo per fini di solidarietà sociale.

Art. 341

(Associazionismo familiare)

1. In attuazione di quanto stabilito dall' [articolo 296, comma 4](#), le associazioni familiari concorrono alla formazione degli strumenti di programmazione nelle forme e nei modi stabiliti dalle disposizioni regionali, nazionali e dell'Unione europea, secondo quanto previsto dall' [articolo 4 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13](#) (Disciplina generale della programmazione).
2. La Regione favorisce e promuove le forme di associazionismo e autorganizzazione delle famiglie dirette a:
 - a) organizzare esperienze di mutualità nel lavoro di cura familiare;
 - b) realizzare interventi e servizi diretti a semplificare la vita quotidiana della famiglia;
 - c) realizzare attività informative per la famiglia sui servizi disponibili sul territorio e sulle esperienze di solidarietà familiare come l'adozione o l'affido, ovvero sugli interventi previsti dal presente Testo unico;
 - d) realizzare attività di formazione riguardanti le responsabilità familiari;
 - e) svolgere qualunque altra attività conforme alle finalità della presente legge.

TITOLO VIII

GESTIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIALI

Capo I

Gestione dei servizi sociali

Art. 342

1. [...] ^[328] La Zona sociale, tramite il Comune capofila, ^[329] procede all'aggiudicazione dei servizi di cui al presente Testo unico in conformità alle disposizioni statali in materia.

[2.] ^[330]

[3.] ^[331]

[4.] ^[332]

[5.] ^[333]

[6.] ^[334]

[7.] ^[335]

8. I rapporti di appalto con le cooperative sociali sono regolati dalla normativa nazionale e regionale in materia.

Art. 343

(Affidamento e inserimento lavorativo di persone svantaggiate)

1. I Piani sociali di zona prevedono, in conformità agli articoli 2 e 69 del [d.lgs. 163/2006](#) , che una quota predefinita dei contratti per l'acquisto di beni e servizi o per l'esecuzione di opere e lavori pubblici, anche di importo superiore alla soglia comunitaria, contengano clausole sociali relative all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. L'offerta dei concorrenti è articolata anche nei contenuti afferenti alla clausola sociale; a tal fine è specificata nei capitolati e nelle disposizioni di gara e valutata ai fini dell'aggiudicazione.

2. La Regione, al fine di favorire l'inserimento di persone svantaggiate nel mondo del lavoro, incentiva la stipula di convenzioni, da parte dei Comuni, anche in forma associata, con le cooperative che svolgono le attività di cui all' [articolo 1, comma 1, lettera b\), della legge 8 novembre 1991, n. 381](#) (Disciplina delle cooperative sociali), per la fornitura di beni e di servizi, diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, ai sensi e secondo le modalità di cui all' [articolo 5, comma 1, della legge 381/1991](#) e dell' [articolo 403](#) .

3. A decorrere dall'anno 2016, la Regione, con l'atto di programmazione del Fondo sociale regionale di cui all' [articolo 357](#) , destina una quota dello stesso Fondo, compresa tra il tre ed il dieci per cento, per le finalità di cui al [comma 2](#) . Tale quota è ripartita dalla Regione tra i comuni per i quali risultano affidamenti, anche in forma associata, di forniture di beni e di servizi a favore delle cooperative di tipo B, secondo quanto previsto al medesimo [comma 2](#) , riferibili all'anno precedente a quello della ripartizione, in misura percentuale non inferiore al cinque per cento del valore complessivo degli importi degli affidamenti di forniture di beni e servizi, operati dagli stessi comuni e riferibili al medesimo anno precedente la ripartizione, al netto dell'IVA. I comuni per essere ammessi alla ripartizione devono presentare apposita richiesta.

4. La Giunta regionale, con il medesimo atto di programmazione di cui al [comma 3](#) , specifica i criteri per la ripartizione della quota di cui allo stesso [comma 3](#) , anche tenendo conto di elementi di ponderazione socio-demografici, indica procedure, termini e modalità per la presentazione della richiesta da parte dei comuni di cui al [comma 3](#) ed individua le tipologie e le procedure di verifica e di controllo, potendo avvalersi ai fini delle verifiche e dei controlli, anche dell'Osservatorio regionale dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all' [articolo 10 della legge regionale 21 gennaio 2010, n. 3](#) (Disciplina regionale dei lavori pubblici e norme in materia di regolarità contributiva per i lavori pubblici).

5. La quota da ripartire tra i comuni di cui al presente articolo non costituisce contributo ai fini dell' [articolo 401](#) .

Art. 344

(Autorizzazione al funzionamento dei servizi residenziali, semiresidenziali, diurni e domiciliari)

1. I servizi socio assistenziali a carattere residenziale, semiresidenziale, diurno e domiciliare, pubblici e privati sono soggetti ad autorizzazione rilasciata [...] ^[336] dalla zona sociale tramite il Comune capofila ^[337] .

2. Il rilascio dell'autorizzazione è subordinato alla verifica del possesso da parte della struttura dei requisiti stabiliti con atto della Giunta regionale sulla base dei seguenti criteri:

- a) servizi di tipo familiare o comunitario;
- b) bassa intensità assistenziale;
- c) bassa capacità di accoglienza;
- d) organizzazione modulare;
- e) flessibilità di fruizione.

3. La Giunta regionale adotta apposito regolamento con il quale disciplina le modalità per il rilascio dell'autorizzazione di cui al [comma 1](#) e individua i servizi per i quali è necessario il rilascio dell'autorizzazione stessa.

4. [...] [\[338\]](#) La zona sociale tramite il Comune capofila [\[339\]](#) può sospendere o revocare l'autorizzazione qualora accerti, anche su segnalazione [...] [\[340\]](#) dei comuni, la perdita dei requisiti previsti o gravi irregolarità nella gestione dell'erogazione dei servizi.

Art. 345

(Accreditamento)

1. Per accreditamento si intende il riconoscimento del possesso di requisiti ulteriori rispetto a quelli previsti per il rilascio dell'autorizzazione.

2. I requisiti di cui al [comma 1](#) sono definiti con il regolamento di cui all' [articolo 358](#) che tiene conto, in particolare:

a) degli aspetti tecnico-professionali e formativi quali espressioni delle conoscenze, competenze e abilità tecniche e relazionali degli operatori;

b) degli elementi organizzativi caratterizzati da elevata capacità di risposta nei tempi e nelle modalità di erogazione dei servizi;

c) delle modalità di rilevazioni della soddisfazione degli utenti e degli operatori.

3. I soggetti che intendono ottenere l'accreditamento devono assicurare ai servizi erogati caratteristiche qualitative di particolare livello, comunque superiori a quelle richieste per il rilascio dell'autorizzazione.

4. I servizi per i quali non è prevista l'autorizzazione possono richiedere il rilascio dell'accreditamento purché in possesso dei requisiti di cui al [comma 2](#) .

5. [...] [\[341\]](#) La Zona sociale, tramite il Comune capofila, [\[342\]](#) provvede al rilascio dell'accreditamento e istituisce l'elenco degli erogatori delle prestazioni accreditate prevedendone forme idonee di pubblicità e di aggiornamento. L'elenco è trasmesso annualmente alla Regione.

6. Il regolamento di cui al [comma 2](#) stabilisce le modalità per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento.

7. [...] [\[343\]](#) La Zona sociale, tramite il Comune capofila, [\[344\]](#) svolge funzioni di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti necessari ai fini dell'accreditamento.

Art. 346

(Accordi contrattuali)

1. La qualità di soggetto accreditato non comporta l'automatica assunzione di oneri economici da parte [...] [\[345\]](#) delle Zone sociali [\[346\]](#) Al fine di porre il costo del servizio in tutto o in parte a loro carico [...] [\[347\]](#) le Zone sociali, tramite il Comune capofila, [\[348\]](#) possono stipulare con i soggetti accreditati specifici accordi contrattuali aventi la durata minima e massima prevista dal regolamento di cui all' [articolo 358](#) .

2. [...] [\[349\]](#) Le Zone sociali [\[350\]](#) , a seguito della stipula degli accordi contrattuali di cui al [comma 1](#) , assumono a proprio carico la differenza fra la tariffa standard e la tariffa ridotta percentualmente sulla base delle norme di riferimento, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili di cui all' [articolo 356](#) ., assegnate [...] [\[351\]](#) a ciascuna Zona sociale [\[352\]](#) . Il servizio sociale pubblico dei comuni della Zona sociale adotta il provvedimento di ammissione degli utenti al servizio.

3. Le modalità di gestione degli accordi contrattuali sono definite nelle norme regolamentari di cui all' [articolo 358](#) .

4. [...] [\[353\]](#) le Zone sociali, tramite il Comune capofila, [\[354\]](#) concludono gli accordi contrattuali che prevedono un volume di attività ed una spesa comunque non superiori a quelli previsti dagli atti di programmazione. Per la selezione tra i soggetti accreditati da ammettere all'accordo contrattuale, [...] [\[355\]](#) le Zone sociali, tramite il Comune capofila, adottano [\[356\]](#) procedure di evidenza pubblica ai sensi della normativa vigente. Tali procedure sono disciplinate in modo tale da garantire, ove possibile, l'effettiva presenza su tutto il territorio di una pluralità di centri di offerta e l'effettivo esercizio del diritto di scelta da parte dell'utente.

5. È fatto salvo l'esercizio da parte degli utenti del diritto di libera scelta del fornitore del servizio, nell'ambito dei progetti individualizzati di sostegno, inserimento o reinserimento sociale eventualmente predisposti dal servizio sociale.

Capo II

Accesso ai servizi sociali

Art. 347

(Accesso e compartecipazione al costo dei servizi)

1. L'accesso alle prestazioni del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali prescinde dalle condizioni economiche e sociali degli utenti.

2. La Regione stabilisce, con proprio atto, la compartecipazione alla copertura del costo degli interventi sociali tenendo conto delle condizioni economiche degli utenti attraverso l'applicazione dei criteri per la determinazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) previsti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali e dal Piano sociale regionale.

3. La compartecipazione di cui al [comma 2](#) è determinata per le fattispecie di cui al [comma 4](#) tenendo conto della situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione.

4. Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale continuativo e a ciclo diurno, rivolte alle persone con handicap permanente grave di cui all' [articolo 3, comma 3, della L. 104/1992](#) , accertato ai sensi dell' [articolo 4 della L. 104/1992](#) , nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende unità sanitarie locali. La compartecipazione tiene conto della situazione economica del solo assistito con esclusione di rivalsa a qualunque titolo nei confronti di soggetti per i quali le norme vigenti prevedono, a qualsiasi titolo, oneri di partecipazione alla spesa.

5. Per quanto concerne il servizio erogato in regime di residenza continuativa la compartecipazione dell'utente è determinata sulla base del reddito personale complessivamente disponibile. Ai soggetti fruitori della prestazione e ad altri soggetti eventualmente a carico è garantita la conservazione di una quota di reddito da utilizzare per esigenze di vita secondo le disposizioni della Giunta regionale.

6. L'accesso ai servizi secondo le modalità di cui al presente articolo è subordinato all'ammissione agli stessi da parte del servizio sociale pubblico, secondo le modalità definite dal Piano sociale regionale.

[7.] [\[357\]](#)

[8.] [\[358\]](#)

8. Nel caso di inserimenti nei servizi socio assistenziali autorizzati di cui all' [articolo 344](#) , ivi compresi quelli diretti a soggetti in età minore, gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica della quota di compartecipazione sono a carico del comune nel quale i soggetti avevano la residenza prima dell'inserimento o, in caso di gestione associata, sono a carico della zona sociale, tramite il comune capofila, nella quale è ricompreso il comune di residenza del soggetto prima dell'inserimento. Sono irrilevanti i successivi cambiamenti di residenza e i successivi cambiamenti relativi al luogo di erogazione delle prestazioni. [\[359\]](#)

[9.] [\[360\]](#)

[10.] [\[361\]](#)

10-bis. Nel caso di minori stranieri non accompagnati, qualora, ai sensi del [decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142](#) (Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di procedure internazionale), siano temporaneamente indisponibili posti presso le strutture governative di prima accoglienza a loro dedicate o presso il sistema di protezione per richiedenti asilo, rifugiati e minori stranieri non accompagnati, l'assistenza e l'accoglienza dei minori stessi sono temporaneamente assicurate dalla pubblica autorità della zona sociale, tramite il comune capofila, cui appartiene il comune in cui il minore si trova. [\[362\]](#)

Capo III

Risorse umane che operano nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali

Art. 348

(Valorizzazione delle risorse umane)

1. La Regione riconosce la risorsa umana quale fattore strategico della qualità del sistema dei servizi e degli interventi sociali.

2. L'organizzazione dei servizi e degli interventi sociali valorizza, in tutte le sue potenzialità, le risorse umane attraverso assetti che, da un lato, tengono conto del peculiare rilievo della risorsa umana, quale primario fattore produttivo e, dall'altro, sono in grado di valorizzare le capacità e le competenze relazionali e conoscitive utili anche alla programmazione, alla progettazione, alla realizzazione ed alla valutazione dei servizi alla persona.

3. Le figure professionali presenti nel sistema integrato di interventi e servizi sociali della Regione sono articolate in figure di base, figure intermedie di primo e secondo livello e figure manageriali. La definizione dei contesti operativi e delle relative funzioni è demandata al Piano sociale regionale.

Art. 349

(Formazione)

1. La Regione individua nella formazione e nella formazione permanente del personale, impegnato nello svolgimento delle attività sociali di cui alla presente legge, lo strumento fondamentale di efficienza organizzativa e di efficacia qualitativa del sistema dei servizi sociali.

2. [...] ^[363] La Regione^[364] , sulla base dei criteri indicati dal Piano sociale regionale e dei fabbisogni formativi individuati annualmente [...] ^[365] dalle Zone sociali, predispone^[366] azioni formative dirette a tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione degli interventi e dei servizi sociali con le modalità previste dalla programmazione regionale.

Capo IV

Monitoraggio, valutazione e vigilanza del sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali

Art. 350

(Conoscenza e valutazione)

1. La qualità del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali è garantita dalla realizzazione di assetti che valorizzino il monitoraggio costante e la valutazione partecipata anche da parte dei soggetti [...] ^[367] di cui agli articoli 271 bis e 271 ter^[368] nonché dei cittadini delle associazioni sociali e di tutela degli utenti. Attraverso il monitoraggio la Regione sottopone a costante e sistematica rilevazione l'andamento dei servizi e degli interventi sociali e, a tal fine, si avvale del Sistema informativo sociale regionale, di seguito denominato SISO, ai sensi dell' [articolo 21, comma 2 della L. 328/2000](#) .

2. Il SISO, quale sistema per la raccolta, lo scambio e la diffusione di informazioni atte a rispondere ai fabbisogni informativi, si pone sia quale strumento strategico per il livello politico e manageriale, sia quale strumento tecnico per la programmazione, la progettazione, la gestione e la valutazione. A tal fine si configura come sistema di rete regionale che ha come comunità territoriale di riferimento la Zona sociale quale interfaccia del livello regionale. Il SISO si integra con il sistema informativo regionale utilizzandone le informazioni ed i canali di comunicazione e mettendo a disposizione i propri.

3. Il SISO raccoglie ed elabora informazioni concernenti:

- a) il sistema della domanda;
- b) il sistema di offerta;
- c) il sistema delle risorse;
- d) il sistema socio demografico.

4. Ai fini del corretto ed efficace funzionamento del SISO i soggetti gestori, pubblici e privati, che erogano i servizi e le prestazioni socio assistenziali, devono trasmettere alla struttura competente della Giunta regionale le informazioni di cui al presente [articolo secondo](#) le modalità e termini definiti dalla Giunta regionale.

5. Ai fini del corretto ed efficace funzionamento del SISO i soggetti gestori, pubblici e privati, che erogano i servizi e le prestazioni socio assistenziali, devono trasmettere alla struttura competente della Giunta regionale le informazioni di cui al presente [articolo secondo](#) le modalità e termini definiti dalla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento le caratteristiche del sistema valutativo di cui al [comma 5](#) prevedendo la partecipazione al sistema di valutazione dei soggetti [...] ^[369] di cui agli articoli 271 bis e 271 ter^[370] nonché dei cittadini delle associazioni sociali e di tutela degli utenti.

Art. 351

(Ricerca e valutazione per la programmazione sociale)

1. Il compito di acquisire il quadro conoscitivo della realtà regionale a supporto dell'attività di programmazione e verifica degli interventi di politica sociale e delle tendenze in atto è affidato all'Agenzia Umbria Ricerche, di seguito denominata AUR, che espleta la funzione propria di indagine, ricerca e osservazione sociale. A tal fine l'AUR redige un rapporto regionale pluriennale sull'integrazione sociale in Umbria finalizzato alla programmazione strategica.

2. Il rapporto di cui al [comma 1](#) :

- a) fornisce una ricognizione ed una interpretazione dello stato e dell'evoluzione dei bisogni sociali della popolazione regionale, nonché dei processi sociali ad essi sottesi mediante ricerca e indagine;
- b) valuta la rispondenza fra risorse impiegate, livelli di attività e grado di soddisfazione dei bisogni;
- c) valuta i contenuti sociali e i modelli organizzativi del sistema dei servizi sociali, nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sociale regionale.

3. L'attività di cui al [comma 1](#) si può organizzare per aree sociali e sezioni di ricerca nel quadro dei fabbisogni della programmazione sociale pluriennale, anche in raccordo con l'Osservatorio sulle Povertà.

4. L'attività di indagine prevede la collaborazione con i soggetti sociali, gli uffici, gli enti e gli istituti di ricerca e gli altri centri di osservazione delle situazioni e delle politiche sociali, anche partecipati con soggetti privati.

Capo V

Art. 352*(Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità)*

1. È istituito presso la Giunta regionale l'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità in attuazione dei principi sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con [legge 3 marzo 2009, n. 18](#) (Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo Opzionale fatta a New York il 13 dicembre 2006) per la promozione della piena integrazione delle persone con disabilità.

2. L'Osservatorio di cui al [comma 1](#) svolge funzioni di promozione e sostegno alle politiche inclusive in materia di disabilità nel rispetto dei principi sanciti in materia a livello nazionale ed europeo, di interlocuzione e concorso nelle azioni interistituzionali sui temi della disabilità, nonché di confronto con le azioni attivate con le altre regioni.

3. L'Osservatorio di cui al [comma 1](#) ha i seguenti compiti:

a) studio e analisi sulla condizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie e le conseguenti azioni volte a garantire i diritti sanciti dalla Convenzione ONU;

b) rilevazione dei servizi e degli interventi a favore delle persone con disabilità ed analisi della corrispondenza dei medesimi con la piena soddisfazione dei diritti della Convenzioni ONU;

c) studio e analisi della qualità dei servizi erogati a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie sulla base degli standard definiti;

d) formulazione di pareri e proposte agli organi regionali in materia di disabilità;

e) promozione della conoscenza dei diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie anche promuovendo l'attivazione di forme di collaborazione con il mondo della scuola e del lavoro e azioni di sensibilizzazione della società civile.

4. L'Osservatorio di cui al [comma 1](#) è costituito con decreto del Presidente della Giunta regionale, dura in carica tre anni ed è di riferimento per l'Assessorato competente in materia di servizi sociali. L'Osservatorio è composto da:

a) Presidente della Giunta regionale o suo delegato in qualità di presidente;

b) Presidente dell'Unione Province Italiane (UPI) Umbria o suo delegato;

c) Presidente dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Umbria o suo delegato;

d) cinque membri in rappresentanza delle associazioni maggiormente rappresentative a livello regionale delle persone con disabilità e delle loro famiglie;

e) un membro in rappresentanza del Forum Terzo Settore - Umbria;

f) un membro nominato congiuntamente dalle Aziende USL.

5. Possono essere invitati a partecipare ai lavori dell'Osservatorio soggetti in rappresentanza della sede regionale INPS e dell'Ufficio scolastico regionale.

6. Ai lavori dell'Osservatorio possono partecipare, su invito del Presidente, referenti tecnici regionali con riferimento alle seguenti aree: sociale, sanità, mobilità, istruzione, formazione e lavoro.

7. La Giunta regionale individua le associazioni maggiormente rappresentative a livello regionale di cui al [comma 4, lettera d\)](#).

8. Ai componenti dell'Osservatorio non spetta alcun compenso e rimborso spese.

9. La Giunta regionale con proprio atto disciplina il funzionamento dell'Osservatorio e individua la struttura regionale di supporto dello stesso.

Art. 353*(Forum regionale welfare)*

1. È istituito presso la struttura regionale competente il Forum regionale welfare con funzioni consultive e propositive nelle politiche sociali, con particolare riferimento alla definizione e alla verifica dell'attuazione del Piano sociale regionale.

2. Il Forum regionale welfare è convocato dalla Giunta regionale con cadenza biennale.

3. La composizione e il funzionamento del Forum regionale welfare sono determinati con atto della Giunta regionale, nel rispetto dei principi di rappresentatività, democraticità e trasparenza.

Capo VI

Art. 354*(Vigilanza e controllo)*

1. [...] ^[371] Le Zone sociali, tramite il Comune capofila, esercitano^[372] le funzioni di vigilanza e controllo sui soggetti pubblici e privati che svolgono attività socio assistenziali e socio sanitarie. [...] ^[373] Le Zone sociali si avvalgano^[374] delle proprie strutture zonali e delle Aziende USL per gli aspetti sanitari.
2. Le funzioni di vigilanza e controllo consistono nella verifica:
 - a) della rispondenza dei servizi e degli interventi alla normativa concernente i requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi;
 - b) della qualità e dell'appropriatezza;
 - c) del rispetto dei LIVEAS individuati dalla legislazione statale;
 - d) dell'attivazione e del corretto funzionamento degli strumenti e delle procedure per la tutela dei diritti sociali.
3. [...] ^[375] Le Zone sociali, tramite il Comune capofila,^[376] provvedono alla determinazione, alla irrogazione ed alla riscossione delle sanzioni amministrative previste dal presente testo unico.

Art. 355*(Sanzioni amministrative)*

1. Chiunque esercita o gestisce i servizi o le strutture socio assistenziali, pubbliche e private di cui all' [articolo 265](#) senza la prescritta autorizzazione è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 3.000,00 a euro 10.000,00.
2. Chiunque esercita o gestisce servizi o strutture socio assistenziali, pubbliche e private, attribuendosi il possesso dell'accreditamento non rilasciato, previsto all' [articolo 345](#) è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 3.000,00 a euro 10.000,00.
3. Chiunque dichiara nella richiesta di autorizzazione o di accreditamento requisiti non posseduti è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 3.000,00.
4. Chiunque non dichiara o non comunica nei termini previsti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 344, comma 3](#) le modifiche di caratteristiche della struttura o del servizio, o di elementi rilevanti ai fini del rilascio dell'autorizzazione che fanno venire meno i requisiti per l'esercizio dell'attività stessa, è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 300,00 a euro 500,00.
5. Chiunque non dichiara o non comunica nei termini previsti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 345, comma 2](#) le modifiche apportate alla struttura o al servizio o di elementi rilevanti ai fini del rilascio dell'accreditamento, è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 300,00 a euro 500,00.
6. Chiunque non espone o espone in modo non conforme a quanto stabilito dal regolamento regionale di cui all' [articolo 344, comma 3](#) l'autorizzazione, le tariffe per il servizio, le prestazioni incluse e quelle escluse dalla tariffa e il rispettivo costo è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 5.000,00.
7. Chiunque non espone o espone in modo non conforme a quanto stabilito dal regolamento regionale di cui all' [articolo 345, comma 2](#) l'accreditamento e tutti gli altri elementi che devono essere pubblicizzati, o pubblicizza informazioni non veritiere è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 5.000,00.
8. Chiunque applica tariffe superiori a quelle esposte o pubblicizzate è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 5.000,00.
9. Chiunque non effettua nei termini stabiliti dal regolamento regionale di cui all' [articolo 344, comma 3](#) le comunicazioni e cambiamenti attinenti al responsabile della struttura è soggetto alla sanzione amministrativa da euro 300,00 a euro 500,00.

TITOLO IX**IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA****Capo I***Risorse finanziarie e Fondo sociale regionale***Art. 356***(Risorse finanziarie)*

1. Le risorse del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali sono costituite dal:
 - a) Fondo nazionale per le politiche sociali di cui alla [L. 328/2000](#) ;
 - b) Fondo sociale regionale;

c) Fondo sociale degli enti locali;

d) Fondi sociali di settore.

2. I comuni istituiscono per il finanziamento degli interventi e dei servizi sociali previsti nella presente legge un Fondo sociale unico zonale degli enti locali.

Art. 357

(Fondo sociale regionale)

1. Il Fondo sociale regionale di cui all' [articolo 356, comma 1, lettera b\)](#) , è finanziato annualmente dalla legge di bilancio ed è ripartito con atto di programmazione della Giunta regionale entro il 30 aprile di ogni anno, come segue:

a) almeno l'ottantacinque per cento del Fondo sociale regionale è ripartito in proporzione della popolazione residente e sulla base di elementi di ponderazione individuati dalla Giunta regionale con proprio atto. Inoltre, una percentuale del Fondo sociale regionale compresa [...] ^[377] tra il tre e il dieci per cento^[378] è destinata per le finalità di cui all' [articolo 343](#) , commi 2 e 3;

b) una percentuale non superiore al cinque per cento del Fondo sociale regionale è destinata dalla Giunta regionale all'attività di programmazione sociale della Regione e all'esercizio delle funzioni di cui all' [articolo 8, comma 3](#) , lettere c), d), e), f) ed m) della [L. 328/2000](#) .

2. Nel caso in cui non pervenga alcuna richiesta, da parte dei comuni, ai sensi dell' [articolo 343](#) , commi 3 e 4, la percentuale del Fondo sociale regionale destinata alle finalità di cui all' [articolo 343](#) , commi 2 e 3, è ripartita secondo le modalità di cui al [comma 1, lettera a\)](#) , primo periodo.

3. L'ottantacinque per cento del Fondo sociale regionale cui al [comma 1, lettera a\)](#) , primo periodo, è vincolato al raggiungimento dei LIVEAS.

Art. 358

(Norme regolamentari)

1. La Giunta regionale adotta, le norme regolamentari di cui agli articoli 344, comma 3, 345, commi 2 e 6, 346 commi 1 e 3 [...] ^[379] .

[Art. 359] ^[380]

TITOLO X**ISTITUZIONE DI FIGURE DI GARANZIA IN AMBITO SOCIALE****Capo I**

Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale e del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza

Art. 360

(Disposizioni generali)

1. La Regione istituisce il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale e il Garante per l'infanzia e l'adolescenza di seguito denominati Garanti.

2. Il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale, in armonia con i principi fondamentali della Costituzione, delle Convenzioni internazionali sui diritti umani ratificate dall'Italia, della normativa statale vigente e nell'ambito delle materie di competenza regionale, contribuisce a garantire i diritti delle persone:

a) negli istituti penitenziari;

b) in esecuzione penale esterna;

c) sottoposte a misure cautelari personali;

d) in stato di arresto ovvero di fermo;

e) presenti nelle strutture sanitarie in quanto sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio.

3. Il Garante per l'infanzia e l'adolescenza assicura la piena attuazione nel territorio regionale dei diritti e degli interessi sia individuali che collettivi dei minori, nel rispetto delle competenze degli Enti locali, e garantisce la piena attuazione di tutti i diritti riconosciuti ai bambini ed alle bambine, ai ragazzi ed alle ragazze presenti sul territorio regionale.

4. Il Garante per l'infanzia e l'adolescenza opera in piena autonomia e indipendenza, non è sottoposto a forme di controllo gerarchico o funzionale, collabora con le strutture regionali competenti ed ha pieno accesso agli atti, informazioni e documenti inerenti il suo mandato istituzionale.

5. Al Garante per l'infanzia e l'adolescenza è affidata la promozione, la difesa e la verifica dell'attuazione dei diritti dei minori attraverso azioni positive mirate alla promozione del diritto alla vita, alla famiglia, all'istruzione, all'assistenza sociosanitaria, alla sopravvivenza e alla partecipazione alle decisioni che li riguardano, tenendo conto del loro superiore interesse.

6. L'azione del Garante per l'infanzia e l'adolescenza viene esercitata nell'ambito dei principi della normativa nazionale in materia, nonché dei seguenti atti internazionali:

a) Convenzione Internazionale sui Diritti del fanciullo firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata ai sensi della [legge 27 maggio 1991, n. 176](#) (Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989);

b) Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, firmata a Strasburgo il 25 gennaio 1996, ratificata ai sensi della [legge 20 marzo 2003, n. 77](#) (Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996);

c) Risoluzione 48/134 del 20 dicembre 1993 dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite relativa alle Istituzioni Nazionali per la Promozione e Protezione dei Diritti Umani.

Capo II

Designazione, nomina, incompatibilità dei garanti

Art. 361

(Designazione e nomina dei Garanti)

1. Il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale è designato dall'Assemblea Legislativa, mediante elezione a maggioranza dei 2/3 dei Consiglieri regionali assegnati. Se al termine della terza votazione non si sia raggiunta la maggioranza richiesta dal [comma 1](#), a partire dalla quarta votazione è sufficiente la maggioranza assoluta dei consiglieri regionali assegnati.

2. Il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza è eletto dall'Assemblea Legislativa a maggioranza assoluta dei consiglieri regionali assegnati.

3. Il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale ed il Garante per l'infanzia e l'adolescenza sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale, durano in carica cinque anni e non possono essere riconfermati. Alla scadenza del mandato, rimangono in carica fino alla nomina del successore e comunque per un tempo non superiore a novanta giorni, entro il quale deve concludersi il procedimento della nomina del nuovo Garante.

4. Il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale è scelto tra persone con comprovata competenza nel campo delle scienze giuridiche, scienze sociali e dei diritti umani e con esperienza in ambito penitenziario, opera in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e valutazione e, per esperienze acquisite nella tutela dei diritti, deve offrire garanzia di probità, indipendenza, obiettività, competenza e capacità nell'esercizio delle proprie funzioni.

5. Il Garante per l'infanzia e l'adolescenza è scelto tra persone di comprovata competenza e professionalità con esperienza nel campo delle problematiche concernenti l'età evolutiva e quelle familiari ed educative.

Art. 362

(Incompatibilità dei Garanti)

[1.] [\[381\]](#)

2. La carica di Garanti di cui all' [articolo 360](#) è [...] [\[382\]](#) incompatibile con l'esercizio, durante il mandato, di qualsiasi attività che possa configurare conflitto di interesse con le attribuzioni proprie dell'incarico.

3. Il conferimento degli incarichi di Garante a personale regionale o di altri enti dipendenti o comunque controllati dalla Regione ne determina il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto di lavoro. Il periodo di aspettativa è utile al fine del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio.

Capo III

Funzioni, decadenza, revoca e trattamento economico dei Garanti

Art. 363

(Funzioni del Garante per l'infanzia e l'adolescenza)

1. Il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, per le finalità di cui all' [articolo 360, comma 5](#), svolge le seguenti funzioni:

a) promuove, in collaborazione con gli enti locali, la scuola e le istituzioni che si occupano di minori, iniziative per la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza, finalizzata al riconoscimento dei bambini e delle bambine come soggetti titolari di diritti;

b) promuove, in accordo con le strutture regionali competenti in materia, iniziative di sensibilizzazione e diffusione della cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, anche in occasione della celebrazione della giornata italiana per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, istituita dall' [articolo 1, comma 6 della legge 23 dicembre 1997, n. 451](#) (Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia) e del [d.p.r. 14 maggio 2007, n. 103](#) (Regolamento recante riordino dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia, a norma dell' [articolo 29 del d.l. 4 luglio 2006, n. 223](#) , convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#));

c) promuove e sostiene forme di ascolto e di partecipazione dei bambini e delle bambine alla vita delle comunità locali, con particolare attenzione al mondo dell'associazionismo e del volontariato;

d) promuove e vigila, con la collaborazione di operatori preposti, affinché sia data applicazione su tutto il territorio regionale alla Convenzione internazionale ed alla Convenzione europea di cui all' [articolo 360](#) ;

e) accoglie segnalazioni in merito a violazioni dei diritti dei minori e sollecita le amministrazioni competenti all'adozione di interventi adeguati per rimuovere le cause che ne impediscono la tutela;

f) interviene nei procedimenti amministrativi della Regione, degli enti da essa dipendenti e degli enti locali ai sensi dell' [articolo 9 della legge 241/1990](#) , ove sussistano fattori di rischio o di danno per le persone di minore età;

g) promuove e collabora alla realizzazione di servizi di informazione destinati all'infanzia e all'adolescenza; vigila in collaborazione con il Comitato regionale per le comunicazioni, sulla programmazione televisiva, sulla comunicazione a mezzo stampa e sulle altre forme di comunicazione audiovisive e telematiche affinché siano salvaguardati e tutelati i bambini e le bambine sia sotto il profilo della percezione infantile che in ordine alla rappresentazione dell'infanzia stessa, allo scopo di segnalare all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ed agli organi competenti eventuali trasgressioni commesse, in coerenza con il codice di autoregolamentazione della RAI;

h) promuove, anche in collaborazione con gli enti locali, con la scuola ed altri soggetti, iniziative dirette a rimuovere situazioni di pregiudizio in danno di bambini e adolescenti anche in relazione alla prevenzione dell'abuso dell'infanzia e dell'adolescenza in relazione alle disposizioni della [legge 3 agosto 1998, n. 269](#) (Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù);

i) fornisce attività di consulenza agli operatori dei servizi sociali; istituisce un elenco al quale può attingere anche il giudice competente per la nomina di tutori o curatori; assicura la consulenza ed il sostegno ai tutori o curatori nominati;

j) concorre alla verifica delle condizioni e degli interventi volti all'accoglienza ed all'inserimento del minore straniero anche non accompagnato;

k) collabora all'attività di raccolta ed elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale, ai sensi dell' [articolo 1, comma 4 del d.p.r. n. 103/2007](#) ;

l) formula proposte e esprime pareri su atti normativi e di indirizzo riguardanti l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, di competenza della Regione, delle province e dei comuni.

2. Il Garante nello svolgimento dei compiti previsti dal presente titolo:

a) promuove intese ed accordi con ordini professionali e organismi che si occupano di infanzia e adolescenza;

b) intrattiene rapporti di scambio, di studio e di ricerca con organismi pubblici e privati;

c) promuove le necessarie azioni di collegamento con le amministrazioni del territorio regionale impegnate nella tutela dell'infanzia e dell'adolescenza e con le autorità giudiziarie;

d) segnala la necessità di interventi sostitutivi in caso di inadempienza o gravi ritardi nell'azione degli enti locali a tutela dei minori.

3. Nei casi di particolare importanza, o comunque meritevoli di urgente considerazione, il Garante può altresì inviare in ogni momento relazioni ai Presidenti della Giunta e dell'Assemblea Legislativa. Il Presidente dell'Assemblea Legislativa dispone l'iscrizione delle relazioni all'ordine del giorno dell'Assemblea, affinché la stessa le discuta. La relazione annuale e le altre relazioni sono pubblicate nel Bollettino Ufficiale della Regione. Di tali atti è data pubblicità su quotidiani, emittenti radiofoniche e televisive a diffusione regionale.

4. Le Commissioni consiliari possono convocare il Garante per avere chiarimenti sull'attività svolta.

Art. 364

(Funzioni del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale)

1. Il Garante per le finalità di cui all' [articolo 360 comma 2](#) , nell'ambito delle iniziative di solidarietà sociale e in previsione della promozione dei diritti di partecipazione alla vita civile, svolge, in collaborazione con le competenti amministrazioni statali e con la magistratura di sorveglianza, le seguenti funzioni:

a) assume iniziative volte ad assicurare che alle persone di cui all' [articolo 360, comma 2](#) , siano erogate le prestazioni inerenti al diritto alla salute, al miglioramento della qualità della vita, all'istruzione e alla formazione professionale e ogni altra prestazione finalizzata al recupero, alla reintegrazione sociale e all'inserimento nel mondo del lavoro;

b) segnala eventuali fattori di rischio o di danno per le persone di cui all' [articolo 360, comma 1](#) dei quali venga a conoscenza in qualsiasi forma, su indicazioni sia dei soggetti interessati sia di associazioni o organizzazioni non governative;

c) si attiva, anche nei confronti delle amministrazioni competenti, affinché queste assumano le necessarie iniziative volte ad assicurare le prestazioni di cui alla [lettera a\)](#) ;

d) si attiva presso le strutture e gli enti regionali competenti in caso di accertate omissioni o inosservanze che compromettano l'erogazione delle prestazioni di cui alla [lettera a\)](#) ;

e) propone agli organi regionali titolari della vigilanza, l'adozione delle opportune iniziative o l'esercizio del potere sostitutivo, in caso di perdurata assenza di quanto previsto alla [lettera d\)](#) ;

f) propone agli organi regionali competenti, l'adozione di atti normativi e amministrativi per contribuire ad assicurare il pieno rispetto dei diritti delle persone di cui all' [articolo 360, comma 1](#) ;

g) esprime parere, su richiesta degli organi regionali competenti, relativamente alle materie della presente capo;

h) propone iniziative di informazione, di promozione culturale e di sensibilizzazione pubblica sui temi dei diritti e delle garanzie delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale;

i) promuove la sottoscrizione di protocolli d'intesa tra la Regione e le amministrazioni statali competenti volti:

1) ad attivare, all'interno degli istituti penitenziari, strumenti informativi e di supporto ai detenuti in relazione agli interventi rientranti nelle materie di competenza regionale;

2) a prevedere forme di collaborazione volte ad agevolare lo svolgimento delle funzioni del Garante con particolare riguardo alle modalità di accesso negli istituti di pena;

l) può acquisire, per le finalità di cui all' [articolo 360, comma 2](#) , gli esiti delle decisioni conseguenti alla concertazione della programmazione sociale di territorio e può formulare proposte al tavolo regionale del welfare per le tematiche inerenti la propria funzione;

m) informa periodicamente la Commissione consiliare competente in materia, sull'attività svolta;

n) presenta, entro il mese di marzo di ogni anno una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente e sui risultati ottenuti all'Assemblea Legislativa ed alla Giunta regionale. La relazione è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. L'Assemblea Legislativa provvede a darle adeguata pubblicità su organi di stampa della Regione o indipendenti. L'Assemblea Legislativa discute la relazione in una apposita sessione, convocata entro due mesi dalla presentazione della stessa. 2.

2. Il Garante è membro dell'Osservatorio regionale sulla condizione penitenziaria e post penitenziaria.

3. Le attività del Garante ed i materiali documentali ed informativi connessi alla sua funzione vengono pubblicati su apposita sezione del sito della Regione.

4. Gli organi regionali con competenze attinenti dovranno trasmettere, entro il 31 gennaio di ciascun anno, relazioni riepilogative comprensive di statistiche sintetiche sui servizi o progetti attivati e sui risultati raggiunti.

Art. 365

(Trattamento economico dei Garanti, decadenza dall'incarico, sostituzione e revoca)

1. Al Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale è attribuita un'indennità mensile determinata dalla Giunta regionale non oltre il venti per cento dell'indennità mensile lorda spettante ai consiglieri regionali.

2. Al Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza è attribuita un'indennità mensile pari al dieci per cento dell'indennità mensile lorda spettante ai consiglieri regionali.

3. Ai Garanti di cui ai commi 1 e 2 spetta il trattamento di missione nella misura prevista per i dirigenti regionali, qualora debba recarsi fuori sede per ragioni connesse all'esercizio delle proprie funzioni.

4. Il Presidente dell'Assemblea legislativa, qualora accerti [...] ^[383] la causa^[384] di incompatibilità di cui all' [articolo 362](#) , sentito l'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea medesima, invita l'interessato a rimuovere tale causa entro quindici giorni e, se questi non ottempera all'invito, lo dichiara decaduto dall'incarico dandone immediata

comunicazione all'Assemblea legislativa la quale provvede, con le modalità di cui all' [articolo 361](#) , alla designazione di un nuovo Garante entro e non oltre novanta giorni.

5. L'Assemblea legislativa, in caso di dimissioni, morte, accertato impedimento fisico o psichico del Garante o nel caso in cui lo stesso riporti condanna penale definitiva, provvede alla nuova designazione, ai sensi dell' [articolo 361](#) .

6. L'Assemblea legislativa può revocare il Garante in caso di gravi violazioni di legge o dei doveri inerenti l'incarico affidato. In questo caso l'Assemblea legislativa procede ad una nuova designazione ai sensi dell' [articolo 361](#) .

Capo IV

Organizzazione degli uffici dei Garanti e Conferenza regionale per l'infanzia e l'adolescenza

Art. 366

(Ufficio dei Garanti e rapporti tra autorità di garanzia)

1. Il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale si avvale, per lo svolgimento delle proprie funzioni, delle risorse umane ed infrastrutturali messe a disposizione dalla Giunta regionale, sentito il Garante stesso. Il Garante, con proprio atto, disciplina le modalità organizzative interne.

2. Il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale può avvalersi della collaborazione dell'Osservatorio regionale sulla condizione penitenziaria e post penitenziaria, della Conferenza regionale volontariato giustizia, di centri di studio e ricerca, di associazioni di volontariato che si occupano di diritti umani e di condizioni di detenzione, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

3. L'ufficio del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza ha sede presso la Giunta regionale e collabora con le strutture regionali competenti nelle materie riguardanti l'infanzia e l'adolescenza. La Giunta regionale, nell'ambito dello stanziamento annuale previsto per l'attuazione del presente Testo unico, determina le risorse a disposizione per le spese di funzionamento.

4. Il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza riferisce all'Assemblea Legislativa, almeno una volta all'anno sull'attività svolta e trasmette al Presidente dell'Assemblea Legislativa una relazione esplicativa entro il 31 marzo di ogni anno. L'Assemblea Legislativa esamina e discute la relazione ed adotta le determinazioni che ritiene opportune, invitando gli organi della Regione previsti dallo [Statuto](#) e quelli dei soggetti istituzionali che si interessano di minori ad adottare le ulteriori misure necessarie. La Giunta regionale altresì definisce con regolamento:

a) l'organizzazione degli uffici del Garante per l'infanzia e l'adolescenza assicurandone la funzionalità;

b) i requisiti professionali del personale addetto agli uffici del Garante per l'infanzia e l'adolescenza, promuovendone la formazione specifica alla trattazione delle questioni relative alla tutela minorile, all'età evolutiva ed alla famiglia;

c) ulteriori modalità di funzionamento degli uffici del Garante per l'infanzia e l'adolescenza e l'attribuzione di diverse e specifiche risorse.

5. Il Difensore civico regionale, il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale e il Garante per l'infanzia e l'adolescenza si danno reciproca segnalazione di situazioni di interesse comune, coordinando le rispettive attività nell'ambito delle loro competenze.

Art. 367

(Conferenza regionale per l'infanzia e l'adolescenza)

1. Al fine di promuovere lo sviluppo di una più diffusa sensibilità sui temi e le problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza, l'Assemblea Legislativa organizza, ogni tre anni, in occasione della celebrazione della giornata italiana per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, una conferenza regionale sull'infanzia ed adolescenza in collaborazione con il Garante, con la struttura regionale competente in materia di servizi sociali, con gli enti locali e con tutti i soggetti interessati alle attività.

Art. 368

(Centro per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza)

1. Presso la struttura competente della Giunta regionale è istituito il Centro per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza quale strumento conoscitivo e di supporto alle funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. A tal fine il Centro svolge i seguenti compiti:

a) attività di documentazione delle esperienze e delle buone pratiche, finalizzata ad azioni di promozione culturale, di comunicazione, di socializzazione delle conoscenze e di diffusione delle esperienze progettuali maturate a livello territoriale, regionale e nazionale;

b) attività di valorizzazione delle esperienze che si realizzano nei servizi e di promozione dello sviluppo di competenze diffuse per la progettualità sociale, rivolta ai minori, in una logica di sistema e di radicamento territoriale delle iniziative;

c) attività di promozione e organizzazione di occasioni di confronto e di scambio sulle modalità di attivazione degli interventi e servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza, finalizzate alla loro innovazione e qualificazione per garantire la diffusione di metodologie e strumenti adeguati su tutto il territorio regionale.

2. La Giunta regionale con proprio atto, provvede a definire la struttura gestionale ed organizzativa del Centro di cui al [comma 1](#), senza oneri aggiuntivi.

TITOLO XI

NORME IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO, ASSOCIAZIONISMO DI PROMOZIONE SOCIALE E COOPERAZIONE SOCIALE

Capo I

Principi generali

Art. 369

(Finalità)

1. La Regione riconosce e valorizza, in attuazione della normativa nazionale vigente, la funzione dell'attività di volontariato e dell'associazionismo come espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo e utilità sociale e ne promuove lo sviluppo, salvaguardandone l'autonomia di organizzazione e di iniziativa, allo scopo di favorire il formarsi di nuove realtà associative e di consolidare e rafforzare quelle esistenti. La Regione riconosce, altresì, il rilevante valore e la finalità pubblica della cooperazione sociale nel perseguimento della promozione umana e dell'integrazione sociale dei cittadini nell'interesse generale della comunità.

2. La Regione, per le finalità di cui al [comma 1](#), in particolare:

a) favorisce l'apporto originale del volontariato per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile, culturale, individuate dalle istituzioni pubbliche e promuove forme di coordinamento e collaborazione tra le organizzazioni di volontariato, gli enti locali e le istituzioni pubbliche e private, disciplinandone relativi rapporti;

b) disciplina i rapporti tra le istituzioni pubbliche e le associazioni di promozione sociale, il riconoscimento delle associazioni di promozione sociale, l'incentivazione delle attività delle associazioni di promozione sociale, la programmazione regionale delle attività di promozione sociale, assicurando la partecipazione delle associazioni;

c) istituisce e regola il registro regionale delle organizzazioni di volontariato, il registro regionale delle associazioni di promozione sociale e l'albo regionale delle cooperative sociali;

d) determina le modalità di raccordo ed integrazione con l'attività e la programmazione dei servizi sociali, sanitari, educativi, di formazione professionale, di turismo a fini sociali per soggetti svantaggiati, di sviluppo dell'occupazione e di inserimento lavorativo di persone svantaggiate;

e) fissa i criteri per gli affidamenti dei servizi cui debbono uniformarsi contratti e convenzioni tra cooperative sociali, consorzi ed enti ed aziende pubbliche;

f) definisce le misure di promozione, sostegno e sviluppo della cooperazione sociale;

g) istituisce e determina le funzioni della Commissione regionale della cooperazione sociale.

SEZIONE I

Organizzazioni di volontariato

Art. 370

(Organizzazioni di volontariato)

1. Ai fini del presente testo unico, sono considerate organizzazioni di volontariato gli organismi dotati di autonomia di organizzazione e di iniziativa, liberamente costituiti al fine di svolgere attività di volontariato in modo personale, spontaneo, gratuito, verso terzi, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà, nel rispetto dei principi stabiliti dalla [legge 11 agosto 1991, n. 266](#) (Legge quadro sul volontariato).

2. L'attività di volontariato non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario; al volontario possono essere soltanto rimborsate dalla organizzazione di cui fa parte le spese sostenute entro i limiti stabiliti dall'organizzazione stessa.

3. La qualità di volontario è incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di contenuto patrimoniale con l'organizzazione di appartenenza.

4. Ferma restando la prevalenza dell'attività dei soggetti aderenti, l'organizzazione di volontariato può avvalersi di prestazioni comunque retribuite rese da soggetti non aderenti, purché si tratti di prestazioni necessarie ad assicurare il regolare funzionamento dell'organizzazione oppure occorrenti a qualificare e specializzare l'attività da essa svolta.

5. Le organizzazioni di volontariato hanno l'obbligo di assicurare i propri aderenti, che prestano attività di volontariato, contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso terzi.

Art. 371*(Registro regionale delle organizzazioni di volontariato)*

1. È istituito presso la Giunta regionale il registro regionale delle organizzazioni di volontariato.
2. Nel regionale sono iscritte, a domanda, le organizzazioni di volontariato che:
 - a) abbiano la sede legale in un comune della regione;
 - b) esercitino le attività di cui all' [art. 2 della legge 266/1991](#) ;
 - c) risultino in possesso dei requisiti previsti all' [articolo 372](#) .
3. Possono altresì essere iscritte le organizzazioni aventi sede legale in altra regione purché operanti nel territorio di uno o più comuni dell'Umbria con proprie autonome sezioni.
4. Il registro regionale è articolato in base alle attività svolte dalle organizzazioni nei seguenti settori:
 - a) attività sociali;
 - b) attività sanitarie;
 - c) attività culturali ed artistiche;
 - d) attività scientifiche;
 - e) attività educative;
 - f) attività sportive, ricreative e del tempo libero;
 - g) attività turistico-naturali;
 - h) attività di salvaguardia del patrimonio storico, culturale, artistico ed ambientale;
 - i) attività di protezione civile.
5. Le organizzazioni sono iscritte in relazione al prevalente settore di intervento o iniziativa.
6. Le iscrizioni nel registro regionale sono pubblicate annualmente nel Bollettino Ufficiale della Regione con l'indicazione delle variazioni intervenute nel corso dell'anno.

Art. 372*(Requisiti per l'iscrizione nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato)*

1. Negli accordi degli aderenti, nell'atto costitutivo o nello [statuto](#) delle organizzazioni che chiedono l'iscrizione nel registro regionale debbono essere previsti:
 - a) l'assenza di fini di lucro;
 - b) il fine dichiarato di solidarietà;
 - c) la democraticità delle strutture;
 - d) l'elettività e la gratuità delle cariche associative;
 - e) la gratuità delle prestazioni degli aderenti, i criteri di ammissione e di esclusione dei soci, nonché i loro obblighi e diritti;
 - f) l'obbligo di formazione del bilancio dal quale devono risultare i beni, i contributi o i lasciti ricevuti;
 - g) le modalità di approvazione del bilancio da parte dell'assemblea degli aderenti.

Art. 373*(Domanda di iscrizione nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato)*

1. La domanda di iscrizione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'organizzazione o sezione autonoma, deve essere presentata alla Regione, unitamente a:
 - a) copia dell'atto costitutivo o dello [statuto](#) o degli accordi degli aderenti;
 - b) una relazione sottoscritta dal legale rappresentante da cui risulti:

1) il tipo di attività svolta;

2) le eventuali risorse economiche complessive per lo svolgimento dell'attività;

3) le eventuali attività commerciali e produttive marginali che l'organizzazione esercita o intende esercitare così come definite dal decreto del Ministro delle Finanze 25 maggio 1995 (Criteri per l'individuazione delle attività commerciali e produttive marginali svolte dalle organizzazioni di volontariato).

2. Nella domanda di iscrizione devono essere dichiarati:

a) le generalità del legale rappresentante e dei componenti gli organi di amministrazione e di gestione;

b) la forma giuridica dell'organizzazione;

c) la sede legale;

d) la materia di prevalente attività;

e) l'assenza di qualsiasi rapporto di lavoro subordinato o autonomo e di forme retributive di qualsiasi genere, salvo il rimborso delle spese sostenute entro limiti prefissati, tra organizzazioni e volontari aderenti.

Art. 374

(Iscrizione nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato)

1. La Regione richiede al Comune ove ha sede l'organizzazione di volontariato di esprimere il parere circa l'iscrizione al registro regionale delle organizzazioni di volontariato, trasmettendo contestualmente la documentazione di cui all' [art. 373, comma 1](#).

2. Il Comune trasmette il parere di cui al [comma 1](#) entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta. Decorso tale termine, la struttura regionale competente procede indipendentemente dall'espressione del parere.

3. L'iscrizione al registro regionale delle organizzazioni di volontariato è disposta con determinazione del dirigente della struttura regionale competente entro sessanta giorni dalla presentazione dell'istanza.

4. Copia del provvedimento di iscrizione è trasmessa al Comune di riferimento e al Comitato di gestione del fondo speciale regionale di cui all' [art. 15 della legge n. 266/1991](#), costituito ai sensi dell'articolo 2, comma 2 del Decreto del Ministero del tesoro 8 ottobre 1997 (Modalità per la costituzione dei fondi speciali per il volontariato presso le regioni).

5. L'organizzazione di volontariato deve produrre alla struttura regionale competente e al Comune ove ha sede, entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto di iscrizione, copia delle polizze assicurative contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento delle attività e per la copertura della responsabilità civile verso terzi stipulate ai sensi del [comma 5 dell'articolo 370](#). La trasmissione di copia delle polizze deve essere altresì effettuata in caso di rinnovo, entro 30 giorni dal rinnovo medesimo.

Art. 375

(Variazioni al registro regionale delle organizzazioni di volontariato)

1. Ogni variazione dell'atto costitutivo, dello [statuto](#) o dell'accordo degli aderenti, delle generalità del legale rappresentante e dei componenti gli organi di amministrazione e di gestione deve essere comunicata, entro trenta giorni dal suo verificarsi, alla struttura regionale competente e al Comune di riferimento.

2. Qualora la variazione riguardi uno dei requisiti elencati all' [articolo 372](#), la struttura regionale competente richiede al Comune ove ha sede l'organizzazione di esprimere il proprio parere in merito all'eventuale cancellazione dal registro regionale, entro il termine di cui al [comma 2 dell'articolo 374](#). Decorso tale termine l'istruttoria è svolta dalla struttura regionale competente che conclude il procedimento nel rispetto dei termini di cui al [comma 3 dell'articolo 374](#).

Art. 376

(Relazioni annuali)

1. Le organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale sono tenute a trasmettere al Comune ove hanno sede, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno, una relazione illustrativa delle attività svolte nell'anno precedente ed il programma di attività per l'anno successivo.

2. I comuni trasmettono alla regione entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione redatta sulla base di quella disciplinata al [comma 1](#) illustrativa dell'andamento dei rapporti intercorsi con le organizzazioni di volontariato presenti nel proprio territorio.

3. La Giunta regionale riferisce annualmente al Consiglio entro il 30 giugno sull'attività delle organizzazioni iscritte al registro regionale, nonché dello stato dei rapporti del volontariato con gli enti locali.

Art. 377

1. La Giunta regionale procede alla scadenza di ogni legislatura alla revisione del registro regionale garantendo la partecipazione delle organizzazioni iscritte.

2. La revisione è effettuata dalla struttura regionale competente e dal Comune mediante una verifica generale della permanenza dei requisiti di cui all' [articolo 372](#) e dell'effettivo svolgimento dell'attività indicata all'atto di iscrizione, sulla base delle relazioni annuali di cui all' [articolo 376](#) e delle conseguenti verifiche disposte anche mediante ispezioni.

Art. 378

(Inadempienze, provvedimenti e cancellazione)

1. Qualora le organizzazioni non adempiano alla relazione annuale di cui all' [articolo 376, comma 1](#) il Comune competente provvede a:

a) diffidare l'organizzazione affinché questa provveda ai relativi adempimenti, assegnandole un termine di trenta giorni;

b) sospendere ogni eventuale erogazione di contributi, sovvenzioni od ausili comunque denominati disposti a favore dell'organizzazione inadempiente;

c) comunicare tempestivamente il contenuto degli atti di cui alle [lett. a\)](#) e b) alla struttura regionale competente.

2. Il comune, nei trenta giorni successivi alla scadenza del termine indicato alla [lettera a\) del comma 1](#) , qualora l'organizzazione non abbia provveduto, invia alla struttura regionale competente il parere circa la cancellazione dal registro. La struttura regionale competente provvede con proprio atto.

3. La struttura regionale competente provvede, con determinazione dirigenziale, alla cancellazione dal registro regionale di quelle organizzazioni per le quali venga accertata la perdita di uno o più requisiti richiesti ai fini dell'iscrizione, nonché all'aggiornamento del registro medesimo con tutte le ulteriori variazioni necessarie.

4. La cancellazione dell'organizzazione dal registro regionale comporta il venir meno delle agevolazioni fiscali di cui all' [articolo 8 della l. 266/1991](#) , nonché la perdita della qualifica di onlus di diritto di cui all' [articolo 10, comma 8 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460](#) (Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale) e tutti gli ulteriori benefici previsti dalla normativa vigente e ai quali l'organizzazione ha avuto accesso in conseguenza dell'iscrizione al registro. I benefici finanziari percepiti dalle organizzazioni di volontariato cancellate a seguito dell'accertamento della perdita di uno o più requisiti richiesti per l'iscrizione devono essere rimborsati alla Regione o agli altri enti erogatori.

5. Copia dei provvedimenti di cancellazione è trasmessa al Comitato di gestione, costituito ai sensi dell'articolo 2, comma 2 del decreto del Ministero del tesoro 8 ottobre 1997.

Art. 379

(Nomine regionali nel Comitato di gestione del fondo speciale per il volontariato)

1. Il Presidente della Giunta regionale, o suo delegato, partecipa di diritto al Comitato di gestione del fondo speciale regionale di cui al [comma 1 dell'art. 15 della legge 266/1991](#) .

2. Il Presidente dell'Assemblea Legislativa nomina nel Comitato di gestione previsto al [comma 1](#) , quattro rappresentanti di organizzazioni di volontariato iscritte nei registri regionali maggiormente presenti con la loro attività nel territorio regionale; i componenti durano in carica due anni e non sono immediatamente rieleggibili.

Art. 380

(Partecipazione del volontariato alla programmazione regionale)

1. Le organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale esprimono parere sugli atti di programmazione degli interventi regionali, provinciali e comunali relativamente ai settori in cui esse operano.

Art. 381

(Conferenze annuali e attività di informazione)

1. La Regione promuove conferenze annuali delle organizzazioni di volontariato al fine di esaminare l'andamento delle attività e formulare proposte interessanti i campi di intervento delle organizzazioni medesime.

2. La Regione, in collaborazione con gli enti locali, attua iniziative di promozione, studio ed informazione sul fenomeno del volontariato.

Art. 382

(Convenzioni con le organizzazioni di volontariato)

1. Le convenzioni con le organizzazioni di volontariato di cui all' [art. 7 della legge n. 266/1991](#) , devono indicare in particolare:

- a) il numero degli aderenti all'organizzazione stipulante impegnati nell'attività oggetto della convenzione ed i responsabili operativi, con l'indicazione dei relativi titoli professionali e formativi;
- b) il numero degli eventuali lavoratori dipendenti o autonomi per prestazioni di attività specializzate;
- c) il numero e l'articolazione delle ore da impegnare nell'esercizio dell'attività convenzionata da parte dei soggetti di cui alle lettere a) e b);
- d) il tipo di copertura assicurativa a favore dei soggetti di cui alle lettere a) e b) di tutti i rischi derivanti dalla specifica attività oggetto di convenzione;
- e) la durata del rapporto convenzionale;
- f) le modalità per la verifica periodica dei risultati conseguiti;
- g) il possesso dei requisiti comprovanti la capacità professionale dei volontari impegnati e la continuità delle loro prestazioni;
- h) le modalità relative al rimborso delle spese vive sostenute dall'organizzazione, adeguatamente documentate;
- i) la quantità di risorse economiche, di personale e di servizi da destinare all'attività oggetto della convenzione.

2. Nella scelta delle organizzazioni con cui stipulare le singole convenzioni, costituisce titolo di priorità il possesso dei requisiti inerenti:

- a) la specifica competenza, esperienza e professionalità nel settore oggetto di convenzione, valutate anche con riferimento alla qualità degli addetti;
- b) la disponibilità da parte dell'organizzazione di strutture e servizi idonei ed adeguati ad assicurare lo svolgimento delle attività oggetto della convenzione;
- c) la collocazione della sede dell'associazione nel territorio di competenza dell'ente che stipula la convenzione.

3. Titoli di priorità sono inoltre attribuiti secondo i seguenti criteri:

- a) continuità nello svolgimento delle attività;
- b) quantità delle prestazioni erogate;
- c) qualità delle prestazioni;
- d) numero delle convenzioni sottoscritte con gli enti pubblici;
- e) distanza delle strutture rispetto all'utenza;
- f) ordine di iscrizione nel registro regionale.

4. L'attività convenzionata deve essere svolta direttamente e non può essere oggetto di affidamento a terzi.

5. Le convenzioni di cui al presente articolo sono stipulate sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale con propria deliberazione.

Art. 383

(Modalità per lo svolgimento delle prestazioni delle organizzazioni di volontariato)

1. Gli aderenti alle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale possono accedere alle strutture ed ai servizi pubblici o privati convenzionati con gli enti pubblici operanti nel settore di loro interesse per lo svolgimento della loro attività, purché questa sia compatibile con la disciplina interna degli enti. L'eventuale diniego all'accesso deve essere motivato.

2. L'accesso è subordinato ad accordi tra la struttura o il servizio e l'organizzazione di volontariato, concernenti le modalità di presenza del volontariato ed il rapporto tra i volontari ed il personale della struttura o servizio.

3. Gli accordi debbono prevedere tra l'altro:

- a) la riconoscibilità del volontariato e dell'organizzazione di appartenenza;
- b) il rispetto da parte del volontariato della disciplina specifica dell'attività svolta e delle norme per l'utilizzo delle attrezzature della struttura o servizio;

c) il rispetto della libertà, dignità personale, diritto, convinzioni e riservatezza degli utenti, compresa la libertà di questi ultimi di rifiutare l'attività del volontariato.

Art. 384

(Sedi e attrezzature)

1. Al fine di dotare le associazioni di volontariato di sedi ed attrezzature necessarie per il conseguimento dei propri fini statutari gli enti locali possono prevedere:

- a) la cessione in comodato alle associazioni di sedi o attrezzature proprie, per la durata della convenzione;
- b) la concessione di contributi per l'acquisto di attrezzature.

Art. 385

(Formazione ed aggiornamento del volontariato)

1. Per le attività formative dei volontari [...] ^[385] la Regione può^[386] avvalersi, nell'ambito del sistema formativo regionale di cui alla [legge regionale 21 ottobre 1981, n. 69](#) e successive modifiche ed integrazioni, anche delle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro.

2. I volontari aderenti alle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale di cui all' [articolo 371](#) possono partecipare ai corsi istituiti dagli enti pubblici di cui all' [articolo 8 della legge regionale 69/1981](#) .

[3.] ^[387]

Art. 386

(Volontariato dei singoli cittadini)

1. I cittadini singoli o i nuclei familiari che intendano prestare la propria opera gratuitamente nell'ambito di attività svolte dai pubblici servizi sono iscritti a domanda in apposito elenco istituito presso il comune di residenza e suddiviso per settori di intervento.

2. A tale fine il singolo volontario rivolge domanda al sindaco, indicando il settore in cui intende svolgere la propria attività volontaria e comprovando la propria idoneità operativa.

3. Il Comune provvede a segnalare agli enti gestori dei pubblici servizi presenti nel territorio i volontari disponibili ad operare nell'ambito delle competenze del singolo ente.

4. L'ente preposto alla gestione di pubblici servizi che intenda ammettere volontari nell'ambito dell'attività di propria competenza può rimborsare al volontario le eventuali spese vive sostenute nell'espletamento della collaborazione accettata, escludendosi compensi o configurazioni di rapporto di lavoro di alcun genere.

SEZIONE II

Associazioni di promozione sociale

Art. 387

(Associazioni di promozione sociale)

1. Ai fini del presente testo unico, nel rispetto dei principi stabiliti dalla [legge 7 dicembre 2000, n. 383](#) (Disciplina delle associazioni di promozione sociale), sono considerate associazioni di promozione sociale, le associazioni riconosciute e non riconosciute, i movimenti, i gruppi e i loro coordinamenti o federazioni costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati, con l'esclusione di quelle indicate ai commi 2 e 3 dell' [articolo 2 della legge 383/2000](#) .

Art. 388

(Registro regionale delle associazioni di promozione sociale)

1. Presso la Giunta regionale è istituito il registro regionale delle associazioni di promozione sociale, al quale possono iscriversi:

- a) le associazioni a carattere regionale;
- b) le associazioni a carattere locale;
- c) le associazioni a carattere nazionale presenti nel territorio regionale;

d) in apposita sezione, le associazioni ed i circoli affiliati ad associazioni a carattere nazionale e presenti sul territorio regionale.

2. Per associazioni a carattere regionale si intendono quelle costituite e che svolgono attività in almeno quindici comuni della Regione.

3. Per associazioni a carattere locale si intendono quelle non ricomprese tra quelle del [comma 2](#).

4. L'iscrizione al registro regionale è condizione per la stipula delle convenzioni di cui all' [articolo 395](#) e per l'accesso agli interventi di sostegno previsti dal presente testo unico da altre leggi regionali nonché per l'accesso ad altri benefici regionali.

5. Nel registro regionale devono risultare l'atto costitutivo, lo [statuto](#), la sede dell'associazione e l'ambito territoriale di attività. Nel registro devono essere iscritti altresì le modificazioni dell'atto costitutivo e dello [statuto](#), il trasferimento della sede, le deliberazioni di scioglimento.

6. Il registro è pubblicato, entro il 31 marzo di ogni anno, nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria (BURU).

Art. 389

(Iscrizione nel registro delle associazioni di promozione sociale)

1. Ai fini dell'iscrizione al registro regionale, le associazioni di promozione sociale regionali e locali debbono:

a) essere costituite con atto scritto, registrato o autenticato, o redatto nella forma di atto pubblico in cui tra l'altro deve essere indicata la sede legale;

b) svolgere la loro attività da almeno due anni a partire dalla loro costituzione. Per le associazioni ed i circoli affiliati ad associazioni a carattere nazionale presenti sul territorio regionale, il termine è ridotto ad un anno.

2. Nello [statuto](#) associativo delle associazioni di cui al [comma 1](#) debbono essere espressamente previsti i seguenti elementi:

a) la denominazione;

b) l'oggetto sociale;

c) l'attribuzione della rappresentanza legale;

d) l'assenza di fini di lucro e la previsione che i proventi delle attività non possono, in nessun caso, essere divisi fra gli associati, anche in forme indirette;

e) l'obbligo di reinvestire l'eventuale avanzo di gestione a favore di attività istituzionali statutariamente previste;

f) le norme sull'ordinamento interno ispirato a principi di democrazia e di uguaglianza dei diritti di tutti gli associati, con la previsione delle cariche associative. In relazione alla particolare natura di alcune associazioni, tale disposizione può essere derogata, sentito il parere dell'Osservatorio di cui all' [articolo 392](#) ;

g) i criteri di ammissione e di esclusione dei soci e loro diritti e obblighi;

h) l'obbligo di redazione di rendiconti economico-finanziari, nonché le modalità di approvazione da parte degli organi statutari;

i) le modalità di scioglimento dell'associazione;

j) l'obbligo di devoluzione del patrimonio residuo in caso di scioglimento, cessazione o estinzione, dopo la liquidazione, a fini di utilità sociale.

3. Ogni variazione che riguarda i requisiti di cui al [comma 2](#) ed ogni modifica all'atto costitutivo e allo [statuto](#) devono essere comunicate dalle associazioni alla Giunta regionale, entro trenta giorni dal loro verificarsi.

4. La perdita di uno o più requisiti comporta la cancellazione dal registro.

5. L'iscrizione al registro regionale delle associazioni a carattere nazionale avviene su domanda delle stesse e dietro documentazione idonea a dimostrare l'iscrizione al registro nazionale ai sensi dell' [articolo 7 della legge 383/2000](#) (Disciplina delle associazioni di promozione sociale).

6. La Giunta regionale stabilisce le modalità di iscrizione, cancellazione, revisione nonché i relativi termini del procedimento con deliberazione da pubblicarsi nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Art. 390

(Incompatibilità)

1. L'iscrizione nel registro regionale delle associazioni di promozione sociale è incompatibile con l'iscrizione al registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui all' [articolo 371](#). L'incompatibilità sussiste dal momento dell'emanazione del provvedimento di iscrizione.

Art. 391

(Promozione e sostegno alle associazioni di promozione sociale)

1. La Regione promuove e sostiene le associazioni di promozione sociale iscritte al registro regionale attraverso i seguenti interventi:

- a) contributi a fondo perduto alle associazioni per specifici progetti previsti da normative regionali;
- b) organizzazione e finanziamento di attività di qualificazione, aggiornamento e riqualificazione degli operatori delle associazioni;

[c)] [\[388\]](#)

- d) comodato a titolo gratuito di beni del patrimonio disponibile;
- e) erogazione di servizi informativi, di banche dati e di assistenza tecnica;
- f) accesso agevolato al credito con criteri e modalità stabiliti con provvedimento della Giunta regionale.

2. Gli enti locali hanno facoltà di ridurre i tributi di propria competenza a favore delle associazioni di promozione sociale iscritte nel registro regionale, ai sensi dell' [articolo 23 della legge n. 383/2000](#) .

Art. 392

(Osservatorio regionale dell'associazionismo)

1. È istituito presso la Giunta regionale l'Osservatorio regionale dell'associazionismo con i seguenti compiti:

- a) promozione di studi e ricerche sull'associazionismo;
- b) pubblicazione di un rapporto triennale sull'andamento del fenomeno associativo in Umbria;
- c) formulazione di pareri e proposte agli organi regionali in materia di associazionismo;
- d) incentivazione di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori delle associazioni di promozione sociale;
- e) formulazione di pareri sugli atti di programmazione di cui all' [articolo 394](#) ;
- f) promozione di scambi di conoscenza e di forme di collaborazione fra le associazioni di promozione sociale umbre, quelle nazionali ed estere e quelle di volontariato.

2. Per i componenti dell'Osservatorio non è previsto compenso.

3. L'Osservatorio, costituito con decreto del Presidente della Giunta regionale, dura in carica tre anni ed è composto:

- a) dal Presidente della Giunta regionale o suo delegato con funzioni di presidente;
- b) da tre membri designati dalla Giunta regionale, fra esperti del settore;
- c) da due membri designati dalle organizzazioni territoriali e dai circoli affiliati alle associazioni a carattere nazionale iscritte al registro regionale;
- d) da quattro membri designati dalle associazioni a carattere regionale e locale iscritte al registro regionale;
- e) da un membro designato dal Forum regionale del terzo settore.

4. La Giunta regionale disciplina le modalità di elezione dei membri dell'Osservatorio di cui alle lettere c) e d).

Art. 393

(Conferenza regionale dell'associazionismo)

1. La Giunta regionale indice ogni tre anni la Conferenza regionale dell'associazionismo, avvalendosi dell'Osservatorio regionale di cui all' [articolo 392](#) .

2. La Conferenza:

- a) promuove il coinvolgimento delle associazioni nella definizione delle politiche regionali per l'associazionismo;
- b) assicura lo scambio fra le esperienze realizzate nel settore;
- c) raccoglie valutazioni e proposte in merito alle prospettive di azione locale, nazionale e comunitaria in materia di associazionismo, anche con riferimento alle organizzazioni di volontariato di cui al presente titolo.

Art. 394

1. Gli indirizzi programmatici inerenti l'associazionismo di promozione sociale sono contenuti nei piani regionali triennali della programmazione di settore e nel Documento annuale di programmazione (DAP).
2. I soggetti dell'associazionismo concorrono alla individuazione degli indirizzi programmatici, nelle forme stabilite dalla Giunta regionale.

Art. 395*(Convenzioni)*

1. La Regione, gli enti locali e gli altri enti pubblici, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, possono stipulare convenzioni con le associazioni iscritte per la realizzazione di progetti, anche sperimentali, ai sensi dell' [articolo 30 della legge 383/2000](#) e della normativa regionale, e nel rispetto delle indicazioni del piano sociale regionale in materia di convenzionamento.

Art. 396*(Formazione professionale)*

1. La Regione [...] ^[389] nel rispetto di quanto previsto [...] ^[390] dall' [articolo 95](#) ^[391] della [legge regionale 2 marzo 1999, n. 3](#) , [...] ^[392] assume^[393] , tra gli obiettivi e gli interventi in materia di formazione professionale, progetti di formazione degli operatori da impiegare per le attività delle associazioni di promozione sociale.
2. La realizzazione degli interventi di cui al [comma 1](#) , può essere affidata alle stesse associazioni di promozione sociale iscritte al registro regionale o ad enti di loro emanazione, secondo la normativa vigente in materia di formazione professionale.

SEZIONE III*Cooperative sociali***Art. 397***(Cooperative sociali)*

1. Ai fini del presente testo unico, nel rispetto della [legge 8 novembre 1991, n. 381](#) "Disciplina della cooperazione sociale", sono considerate cooperative sociali quelle cooperative che hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso:

a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;

b) lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

2. Alle cooperative sociali si applicano, in quanto compatibili con i principi della [l. 381/91](#) , le norme relative al settore in cui le cooperative stesse operano.

3. La denominazione sociale, comunque formata, deve contenere l'indicazione di "cooperativa sociale".

Art. 398*(Albo regionale delle cooperative sociali)*

1. È istituito presso la Giunta regionale l'Albo regionale delle cooperative sociali, di seguito denominato Albo.

2. L'Albo si articola nelle seguenti sezioni:

a) sezione A, nella quale sono iscritte le cooperative che gestiscono servizi sociali, sanitari ed educativi;

b) sezione B, nella quale sono iscritte le cooperative che svolgono attività agricole, industriali, commerciali o di servizi, finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate;

c) sezione C, nella quale sono iscritti i consorzi di cui all' [articolo 8 della legge 381/1991](#) .

3. Le cooperative di nuova costituzione che richiedono l'iscrizione alla sezione B trasmettono alla Commissione regionale di cui all' [articolo 399](#) entro dodici mesi dalla data di iscrizione, la documentazione attestante l'inserimento di almeno il trenta per cento di lavoratori svantaggiati.

4. Il mancato inserimento della quota di lavoratori svantaggiati di cui al [comma 3](#) , comporta la cancellazione dall'Albo.

5. La Giunta regionale stabilisce, sentita la Commissione regionale della cooperazione sociale, i requisiti per l'iscrizione, gli adempimenti ordinari e i provvedimenti di cancellazione dall'Albo con deliberazione da pubblicarsi nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria.

Art. 399*(Commissione regionale per la cooperazione sociale)*

1. È istituita presso la Giunta regionale la Commissione regionale per la cooperazione sociale della quale fanno parte:

- a) l'assessore regionale ai servizi sociali che la presiede o un suo delegato;
- b) il direttore della direzione sanità e servizi sociali o un suo delegato;
- c) un dirigente regionale per ciascuna struttura competente in materia sociale, in materia di sanità, di lavoro e formazione professionale;
- d) tre rappresentanti con comprovata esperienza nel settore sociale designati dalle associazioni regionali delle cooperative che risultino aderenti alle associazioni nazionali della cooperazione;
- e) tre esperti in materia di cooperazione sociale designati dalla Giunta regionale;
- f) tre rappresentanti designati congiuntamente dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori;
- g) due rappresentanti delle associazioni degli utenti;
- h) quattro rappresentanti dei comuni capofila di [...] ^[394] Zona sociale^[395] , indicati dal Consiglio delle autonomie locali;

[i)] ^[396]

i) un dirigente regionale della struttura competente in materia di politiche attive del lavoro e centri per l'impiego. ^[397]

2. La nomina dei componenti è effettuata dalla Giunta regionale ed essi restano in carica per la durata della legislatura.

3. La Commissione si dota di un regolamento per il suo funzionamento.

4. La Commissione si avvale, per l'assolvimento dei compiti e delle funzioni attribuite dalla presente legge, della struttura regionale competente in materia di politiche sociali e [...] ^[398] degli uffici di piano delle Zone sociali^[399] .

5. Ai componenti della Commissione, con esclusione dei dipendenti regionali, spetta una indennità forfettaria per ogni giornata di seduta di euro 30,00 nonché il rimborso delle spese previste dalle vigenti disposizioni per il personale regionale di più elevato livello funzionale.

Art. 400*(Compiti della Commissione)*

1. La Commissione regionale per la cooperazione sociale formula proposte ed esprime pareri alla Giunta regionale nelle materie di cui al presente testo unico ed in particolare:

- a) esprime il parere sulle domande di iscrizione e sulle richieste di cancellazione dall'Albo;
- b) propone indagini ed ispezioni effettuate tramite le strutture di cui all' [articolo 399, comma 4](#) ;
- c) propone, in occasione dei rinnovi contrattuali, il tariffario regionale;
- d) propone sistemi di controllo con particolare riferimento alla qualità degli interventi;
- e) può effettuare verifiche sulla effettiva operatività delle cooperative sociali iscritte all'Albo;
- f) attua, in materia di cooperazione sociale, una verifica sull'attuazione del Piano sociale regionale e sui Piani sociali territoriali.

Art. 401*(Promozione e sostegno alla cooperazione sociale)*

1. La Regione può concedere alle cooperative sociali agevolazioni fiscali su base locale da determinare annualmente con legge regionale. Per la verifica della corretta destinazione delle agevolazioni, la Giunta regionale può disporre ispezioni amministrative e contabili presso i soggetti beneficiari e dispone la revoca e la restituzione dei contributi già erogati nel caso in cui la loro utilizzazione risulti non conforme alle disposizioni di cui al presente titolo.

2. La Regione, al fine di sostenere la cooperazione sociale, prevede altresì:

a) l'utilizzo degli strumenti di cui alla [legge regionale 23 luglio 2003, n. 11](#) (Interventi a sostegno delle politiche attive del lavoro, modificazioni ed integrazioni della [legge regionale 25 novembre 1998, n. 41](#) e disciplina del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili.) a favore degli effettivi inserimenti lavorativi dei soggetti svantaggiati da parte delle cooperative sociali di tipo B, Tali contributi non sono cumulabili con altri benefici concessi per le medesime finalità e le cooperative facenti parte di un consorzio non ne possono usufruire qualora sul medesimo progetto sia già stato finanziato il consorzio stesso;

b) la realizzazione, da parte delle cooperative sociali e dei loro consorzi di interventi formativi rivolti alle persone svantaggiate, nel rispetto della normativa comunitaria, nazionale e regionale purché siano compresi nei piani annuali di formazione professionale ai sensi della disciplina regionale vigente, ovvero previsti nell'ambito della programmazione regionale del Fondo sociale europeo e dei programmi di iniziativa comunitaria;

c) la promozione, da parte delle cooperative sociali e dei loro consorzi di azioni di inserimento lavorativo di persone svantaggiate, in attuazione e in conformità della legislazione nazionale o regionale di riferimento;

d) la promozione, da parte delle cooperative sociali e dei loro consorzi, di accordi tra enti pubblici, società a partecipazione pubblica e cooperative sociali di tipo B, ai sensi dell' [articolo 5 della legge n. 381/1991](#) ;

e) la promozione di uno sviluppo occupazionale che coniughi efficienza, solidarietà e coesione sociale.

Art. 402

(Raccordo e integrazione tra la programmazione regionale e la cooperazione sociale)

1. I piani e gli atti di programmazione delle attività sociali, sanitarie ed educative di interesse socio-sanitario e di inserimento lavorativo di persone svantaggiate, prevedono le modalità di specifica correlazione e di apporto della cooperazione sociale, sulla base dei principi di sussidiarietà e di programmazione condivisa. In particolare il piano sanitario e il piano sociale stabiliscono le modalità di apporto della cooperazione sociale e individuano i settori di intervento dello stesso.

2. La Regione, nell'ambito della programmazione annuale e di promozione delle attività di formazione sul lavoro degli operatori professionali, promuove, sentiti le cooperative sociali e i loro consorzi, e l'Ente bilaterale del settore, la individuazione e la definizione del fabbisogno formativo e dei relativi profili professionali.

3. Le cooperative sociali e i loro consorzi possono realizzare autonome attività di formazione sul lavoro dei propri operatori, nonché iniziative per la formazione manageriale degli amministratori, nel rispetto della normativa regionale vigente in materia.

Art. 403

(Affidamenti e convenzioni)

1. La Giunta regionale, con deliberazione da pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria, sentita la Commissione regionale della cooperazione sociale, approva il tariffario regionale e stabilisce, nel rispetto delle norme vigenti in materia, i criteri e le procedure per l'affidamento dei servizi e gli schemi di convenzione cui debbono uniformarsi i contratti tra cooperative sociali, enti pubblici e società a partecipazione pubblica.

2. Le procedure di affidamento di servizi alle cooperative sociali tengono conto di criteri qualitativi, stabiliti con atto della Giunta regionale, sentite le parti sociali, sulla base del Piano sociale regionale, in particolare si terrà conto delle esperienze maturate nel settore, della capacità di rapporto con il territorio, della validità del progetto di intervento in relazione agli obiettivi individuati dall'ente, della professionalità e qualificazione degli operatori, della continuità del servizio nel rispetto dei diritti degli utenti, della creazione di occupazione stabile per i soggetti svantaggiati. L'affidamento dei servizi deve rispettare il tariffario regionale di cui al [comma 1](#) .

3. Possono partecipare alle procedure di affidamento di cui al [comma 1](#) della presente legge, le cooperative ed i consorzi iscritti all'Albo di cui all' [articolo 398](#) . La cancellazione dall'Albo comporta la risoluzione di diritto dei contratti e delle convenzioni in essere.

4. I contratti e le convenzioni relative alla gestione dei servizi, caratterizzate da prestazioni ricorrenti, sono di durata triennale e possono essere rinnovati sulla base delle valutazioni qualitative di cui all' [articolo 405 comma 1](#) , tenendo conto anche del grado di soddisfazione dei committenti e utenti.

5. La Giunta regionale definisce annualmente l'importo delle risorse da destinare all'acquisto di beni e servizi dalle cooperative sociali di tipo B iscritte all'Albo secondo le modalità previste dall' [articolo 5, della legge n. 381/1991](#) e ne promuove l'inserimento negli appositi accordi di programma tra i soggetti pubblici interessati.

Art. 404

(Determinazione dei corrispettivi)

1. I Contratti e le convenzioni sono stipulati ai sensi dell' [articolo 403](#) , nonché nel rispetto del tariffario vigente, considerato come elemento minimo al fine di garantire da parte delle cooperative sociali la corretta applicazione dei disposti contrattuali nazionali e anche di quelli raggiunti in sede di contrattazione decentrata. Il tariffario viene aggiornato al rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) di settore.

2. Nei contratti o convenzioni in presenza di gestioni a corpo si deve prevedere il rispetto del CCNL di settore, compreso il rispetto degli accordi raggiunti in sede di contrattazione decentrata. Nell'eventuale affidamento a corpo, totale o parziale, di servizi deve essere comunque specificata la quantificazione oraria, inerente le prestazioni alla persone ed il corrispettivo onere per la stazione appaltante non può mai essere inferiore al disposto del tariffario regionale.

3. Nei contratti o convenzioni aventi per oggetto la fornitura di servizi e/o beni da parte di cooperative sociali di tipo B e non riconducibili alla tipologia del [comma 1](#), deve essere comunque specificata la quantificazione oraria delle prestazioni ed il corrispettivo onere per la stazione appaltante non può mai essere inferiore al disposto del tariffario regionale.

Art. 405

(Qualità della cooperazione sociale)

1. La Giunta regionale definisce, sentita la Commissione regionale per la cooperazione sociale, i criteri di valutazione della qualità dei servizi affidati.

2. Gli enti pubblici e/o loro associazioni che stipulano contratti e convenzioni con le cooperative sociali operano un monitoraggio sulla qualità ed efficienza dei servizi e sul rispetto dei criteri di affidamento degli stessi, sulle modalità di inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.

3. I risultati del monitoraggio di cui al [comma 2](#) sono trasmessi annualmente e alla scadenza dei contratti delle convenzioni alla Giunta regionale, la quale sentita la Commissione regionale della cooperazione sociale, ne valuta la coerenza con i criteri di cui al [comma 1](#), ai fini dell'implementazione del sistema di qualità.

PARTE III

NORME COMUNI

TITOLO I

ATTUAZIONE DI LEGGI REGIONALI

Capo I

Sanità

Art. 406

([...] [\[400\]](#). Clausole valutative [\[401\]](#))

1. La Giunta regionale presenta all'Assemblea Legislativa, entro il primo semestre di ciascun anno, una relazione sullo stato di attuazione e sui risultati conseguiti dall'attività di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica in Umbria di cui al Capo VI del Titolo XV della Parte I. A tal fine la relazione deve evidenziare i seguenti aspetti:

a) in quanti distretti sanitari è stato attivato il Servizio di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica e in quali distretti è stato attivato più di un gabinetto odontoiatrico;

b) quante strutture odontoiatriche private accreditate hanno stipulato specifici contratti con l'Azienda USL;

c) quali sono state le modalità da parte delle strutture odontoiatriche private, di cui alla [lettera b\)](#), per garantire all'utenza il rispetto della parità di trattamento e di accesso;

d) il tempo medio di attesa per ogni prestazione effettuata dal servizio pubblico e dalle strutture private di cui alla [lettera b\)](#) ;

e) entità e tipologia delle prestazioni rese dal servizio pubblico e dalle strutture private di cui alla [lettera b\)](#) ;

f) se e in che misura il contenimento dei costi delle prestazioni di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortesica, ha contribuito a regolare e calmierare i prezzi di mercato.

1 bis. La Giunta regionale rende conto all'Assemblea legislativa dell'attuazione delle disposizioni contenute nel Capo IV del Titolo XVI, e dei risultati ottenuti nel contrastare il fenomeno del randagismo, nel promuovere l'adozione e il possesso responsabile degli animali da affezione. A tal fine, la Giunta regionale trasmette all'Assemblea legislativa una relazione entro il 31 luglio di ogni anno che contiene risposte documentate ai seguenti quesiti:

a) in che misura il fenomeno del randagismo si è manifestato nell'anno di riferimento, in termini quantitativi, tipologici e di distribuzione territoriale;

b) quali iniziative sono state assunte al fine di superare la filosofia del ricovero permanente degli animali di affezione e quindi per favorire azioni volte all'affidamento e all'adozione;

c) i criteri e le modalità stabiliti dalla Giunta regionale per il riparto dei contributi tra i comuni singoli o associati;

d) le tariffe stabilite dalla Giunta regionale per il mantenimento dei cani nei canili e dei gatti nelle oasi feline;

e) l'elenco dei canili sanitari o canili rifugio e delle oasi feline presenti sul territorio regionale, specificandone la tipologia;

f) le modalità di attuazione dei commi 8 e 11 dell' [articolo 219 bis](#) ;

g) il numero di cani, gatti o altri animali di affezione ospitati per singola struttura al 31 dicembre di ogni anno, distinti per durata di presenza nella struttura;

h) i tassi di affidamento stabiliti dalla Regione e realizzati per ogni anno da ciascuna struttura;

i) il numero di ingressi alla struttura distinti per specie animale e motivo dell'ingresso durante l'anno solare;

j) il numero di uscite dalla struttura distinti per specie animale e motivo dell'uscita durante l'anno solare. [\(12\)](#)

[\[402\]](#)

Capo II

Servizi sociali

Art. 407

(Clausole valutative)

1. Con cadenza annuale, la Giunta presenta all'Assemblea Legislativa una relazione sull'attuazione degli interventi e dei servizi a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo ed in particolare degli interventi ricompresi nel piano operativo di cui al Capo III del Titolo III- Parte II.

2. La Giunta regionale, con cadenza annuale entro il 30 novembre, informa l'Assemblea Legislativa circa l'attuazione degli interventi nell'ambito del sostegno e della qualificazione dell'attività di assistenza familiare domiciliare di cui al Capo I, Titolo IV - Parte II, evidenziando i risultati ottenuti nell'ambito. Per le finalità di cui sopra, la Giunta regionale presenta una relazione fornendo in particolare le seguenti informazioni:

a) in che modo e con il coinvolgimento di quali soggetti si è realizzata l'attività di informazione e assistenza rivolta a sostenere le persone singole e le famiglie;

b) la qualità percepita della formazione erogata da parte dei soggetti che hanno frequentato i corsi formativi ed i risultati ottenuti sul fronte della selezione dei soggetti formati;

c) in che misura le persone singole e le famiglie ritengono accresciuta la qualità della prestazione lavorativa a seguito della partecipazione ai corsi formativi del personale addetto all'attività di assistenza familiare domiciliare. La Giunta regionale per le finalità di cui sopra, attiva processi di monitoraggio e verifica avvalendosi dell'Osservatorio sociale regionale.

3. La Giunta regionale, entro il 30 giugno di ogni anno presenta all'Assemblea Legislativa una relazione in cui sono contenute le informazioni sull'attuazione degli interventi nell'ambito del Fondo per la non autosufficienza di cui all' [articolo 317](#) e precisamente:

a) il dato relativo alle persone non autosufficienti in Umbria di-stinto per tipologia e livelli di gravità;

b) la situazione di ogni zona sociale e distretto che evidenzia le aree di intervento per gruppi di popolazione, tipologia di prestazioni e spesa relativa;

c) il tempo medio di attesa intercorso tra il momento della presa in carico della persona non autosufficiente e la sottoscrizione del Patto per la cura e il benessere. La Giunta regionale con cadenza triennale presenta altresì una relazione all'Assemblea Legislativa per rispondere dettagliatamente alle seguenti domande:

a) in che modo le risorse del fondo per la non autosufficienza impiegate:

1) hanno contribuito all'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti;

2) hanno contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti e delle relative famiglie;

3) hanno inciso sulla spesa sanitaria;

4) hanno contribuito a contenere i tempi medi delle liste di accesso alle strutture residenziali;

b) il grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari e conviventi nonché il livello di qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.

4. La Giunta regionale con cadenza annuale, sulla scorta delle informazioni rese dai soggetti che contribuiscono all'attuazione del prestito sociale d'onore di cui al Capo V del Titolo V - Parte II, presenta all'Assemblea Legislativa, una relazione sull'attuazione del prestito stesso e sui risultati da essa ottenuti nell'agevolare l'accesso al microcredito nella forma del prestito sociale d'onore in favore di cittadini residenti in Umbria in situazione di temporanea difficoltà

economica. La relazione è presentata alla Commissione consiliare competente in materia e fornisce i seguenti dati informativi:

a) numero delle domande presentate ai Comuni suddivise in base alla tipologia di bisogno e in base a quelle ammesse all'erogazione del prestito sociale d'onore;

b) tempi medi per Zona sociale di durata del procedimento dal momento della pubblicazione del bando al momento della erogazione del prestito;

c) dotazione finanziaria assegnata a ciascun Zona sociale in relazione al numero delle domande ammissibili, spesa sostenuta per l'abbattimento degli interessi e verifica della capacità di spesa di ogni Zona sociale. Decorsi cinque anni dalla data di pubblicazione del primo bando la Giunta regionale fornisce dati informativi sugli importi relativi al capitale prestato in ciascuna Zona sociale e sulla restituzione dei prestiti concessi. Tutti i soggetti che contribuiscono all'attuazione dell'intervento di cui alla presente legge, pubblici e privati, sono tenuti a fornire le informazioni necessarie all'espletamento delle attività previste per consentire alla Giunta di predisporre la relazione di cui al presente comma.

5. L'Assemblea Legislativa esercita il controllo sull'attuazione e valuta gli effetti da essa prodotti nel migliorare le condizioni di vita delle famiglie e nel prevenire e alleviare situazioni di disagio.

6. La Giunta regionale entro il 31 ottobre di ogni anno, trasmette all'Assemblea Legislativa una relazione sullo stato d'attuazione degli interventi per le famiglie, di cui al Capo II, del Titolo IV - Parte II, in particolare la relazione dovrà contenere dati e informazioni dettagliate, relativamente:

a) agli interventi per le famiglie vulnerabili, realizzati;

b) agli interventi per le famiglie in condizione di grave disagio;

c) agli interventi per favorire l'accesso alla casa delle famiglie.

TITOLO II

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Capo I

Norma finanziaria

Art. 408

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dalla applicazione della "Parte I - Sanità" del presente Testo Unico si provvede, per gli esercizi finanziari 2015 e successivi, ai sensi dell' [articolo 38 del D.Lgs. 118/2011](#) e s.m.i., con quanto annualmente destinato nel bilancio regionale al finanziamento del Servizio sanitario regionale per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, come da apposita tabella allegata al bilancio di previsione, oltre a quanto stanziato, sulle seguenti Unità Previsionali di Base (capitoli):

a) Unità Previsionale di base 12.1.006 (capitolo 2283), per il finanziamento con risorse statali dell'indennità di esclusività di cui all' [articolo 50](#) , in aggiunta alle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al [comma 1](#) ;

b) Unità Previsionale di base 12.2.002 (capitolo 7217), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 84](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 7/2004](#) ;

c) Unità Previsionale di base 12.1.005 (capitolo 2278), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 86](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 7/2004](#) ;

d) Unità Previsionale di base 12.1.005 (capitolo 2268), per il finanziamento con risorse statali delle attività di cui all' [articolo 105](#) commi 1 e 2, in aggiunta alle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al [comma 1](#) ;

e) Unità Previsionale di base 12.1.006 (capitoli 2280 e 2284), per il finanziamento con risorse statali delle attività di cui agli articoli 105 comma 3 e 106, commi 1 e 2, in aggiunta alle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al [comma 1](#) ;

f) Unità Previsionale di base 12.1.004 (capitolo 2129), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 107](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 18/2004](#) ;

g) Unità Previsionale di base 12.1.011 (capitolo 2157), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 110, c. 2](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 20/2001](#) ;

h) Unità Previsionale di base 12.1.004 (capitolo 2541), [...] [\[403\]](#) per il finanziamento degli oneri della [Struttura Regionale di Coordinamento di cui all' articolo 153 \[404\]](#) ;

i) Unità Previsionale di base 12.1.004 (capitolo 2887), [...] ^[405] per il rimborso dei costi di cui all' [articolo 154, comma 2](#) ^[406] ;

j) Unità Previsionale di base 12.2.004 (capitolo 7286), per il finanziamento con risorse statali degli interventi di cui all' [articolo 157](#) ;

k) Unità Previsionale di base 12.2.003 (capitolo 7208), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 176](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 7/2008](#) ;

l) Unità Previsionale di base 12.1.010 (capitolo 2199), per il finanziamento, con i proventi delle sanzioni di cui al [D.lgs. 81/2008](#) , degli oneri di cui agli articoli 177, 178, 179, 180, 181, 182 e 183, in aggiunta alle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al [comma 1](#) , allocate al capitolo 2176;

[m)] ^[407]

n) Unità Previsionale di base 12.2.005 (capitolo 7310), [...] ^[408] per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 211, comma 2, lettera a\)](#) ^[409] . Al finanziamento di tali interventi concorrono gli introiti derivanti dalle sanzioni [...] ^[410] previste all' [articolo 219 septies](#) ^[411] ;

o) Unità Previsionale di base 12.1.012 (capitolo 2331), [...] ^[412] per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 211, comma 2](#) , lettere b) e c) ^[413] . Al finanziamento di tali interventi concorrono gli introiti derivanti dalle sanzioni [...] ^[414] previste all' [articolo 219 septies](#) ^[415] ;

o bis) Unità Previsionale di base 12.1.012 (capitolo 2330), per il finanziamento, nei limiti delle risorse statali della [l. 281/1991](#) , degli interventi di cui all' [articolo 208, comma 1, lettera g\)](#) e all' [articolo 219 quinquies](#) . ^[416]

p) Unità previsionale di base 02.1.005 (capitolo 560), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 240](#) ;

q) Unità Previsionale di base 12.1.010 (capitolo 2468), per il finanziamento degli interventi di cui agli articoli 252 e 253 già previsti dalla abroganda [legge regionale 26/2002](#) ;

r) Unità Previsionale di base 11.1.001 (capitolo 2923), per il finanziamento degli interventi di cui agli articoli 257, 258, 259, 260 e 262 già previsti dalla abroganda [legge regionale 18/2005](#) ;

s) Unità Previsionale di base 11.1.001 (capitolo 2924), per il finanziamento degli oneri dell'Osservatorio di cui all' [articolo 261](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 18/2005](#) .

2. Agli oneri derivanti dalla applicazione della "Parte II - Servizi Sociali" del presente Testo Unico si provvede, ai sensi dell' [articolo 38 del D.Lgs. 118/2011](#) e s.m.i., con quanto stanziato, per gli esercizi finanziari 2015 e successivi, sulle seguenti Unità Previsionali di Base (capitoli):

a) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2884) e Unità previsionale di base 13.1.014 (capitolo 2899), [...] ^[417] per il finanziamento degli interventi di cui agli articoli 265 e 268 bis ^[418] ;

b) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2888), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 268](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 26/2009](#) ;

c) Unità Previsionale di base 13.1.008 (capitolo 2881), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 278](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 26/2009](#) ;

d) Unità Previsionale di base 13.1.004 (capitolo 2859), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 280](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 28/2004](#) ;

e) Unità Previsionale di base 13.1.014 (capitolo 2898), per il finanziamento degli interventi di cui agli articoli 291, 292, 293 e 294 già previsti dalla abroganda [legge regionale 14/2012](#) ;

f) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2575), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 312](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 28/2007](#) ;

g) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2561), per il finanziamento del fondo di cui all' [articolo 313, comma 1](#) già previsto dalla abroganda [legge regionale 1/2008](#) . Al finanziamento di tale fondo concorrono anche i contributi volontari di cui all' [articolo 313, comma 4 lettera b\)](#) allocati al capitolo 2563 e le sanzioni di cui all' [articolo 313, comma 4 lettera c\)](#) allocate al capitolo 2564 del bilancio regionale;

h) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2562), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 313, comma 2](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 1/2008](#) ;

i) Unità Previsionale di base 12.1.005 (capitolo 2255), per il finanziamento del Fondo per le prestazioni socio-sanitarie e sociali di cui all' [articolo 323](#) - Quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza;

j) Unità Previsionale di base 12.1.005 (capitolo 2264/5010), per il finanziamento del Fondo per le prestazioni socio-sanitarie e sociali di cui all' [articolo 323](#) - Quota parte dello stanziamento relativo al finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale;

k) Unità Previsionale di base 12.1.005 (capitolo 2256) e Unità Previsionale di base 13.1.005, (capitolo 2578), per il finanziamento del Fondo per le prestazioni socio-sanitarie e sociali di cui all' [articolo 323](#) - Risorse regionali;

l) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2883), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 329](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 25/2007](#) ;

m) Unità Previsionale di base 13.1.012 (capitolo 2886), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 332](#) già previsti dalla abroganda [legge regionale 3/1984](#) ;

n) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2565), per il finanziamento degli interventi di cui agli articoli 339 e 340 già previsti dalla abroganda [legge regionale 13/2010](#) ;

o) Unità Previsionale di base 13.1.005 (capitolo 2566), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 341](#) già previsto dalla abroganda [legge regionale 13/2010](#) ;

p) Unità Previsionale di base 13.1.003 (capitolo 2558), per il finanziamento degli interventi di cui agli articoli 363 e 365 commi 2 e 3 già previsti dalla abroganda [legge regionale 18/2009](#) ;

q) Unità Previsionale di base 13.1.001 (capitolo 2712), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 364, comma 1](#) , lettere h) ed i) già previsti dalla abroganda [legge regionale 13/2006](#) ;

r) Unità Previsionale di base 13.1.001 (capitolo 2711), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 365](#) , commi 1 e 3 già previsti dalla abroganda [legge regionale 13/2006](#) ;

s) Unità Previsionale di base 13.1.008 (capitolo 2626), per il finanziamento degli oneri di cui agli articoli 391, comma 1, lettere a), b) ed f) e 395 già previsti dalla abroganda [legge regionale 22/2004](#) ;

t) Unità Previsionale di base 13.1.008 (capitolo 2625), per il finanziamento con risorse statali della [L. 383/2000](#) degli oneri di cui all' [articolo 392](#) ;

u) Unità previsionale di base 02.1.005 (capitolo 560), per il finanziamento degli oneri di cui all' [articolo 399, comma 5](#) ;

v) Unità Previsionale di base 11.2.002 (capitoli 9771 - 9772), per il finanziamento degli interventi di cui all' [articolo 401, comma 2, lettera a\)](#) già previsti dalla [\[... \]](#) ^[419] [legge regionale 11/2003](#) .

3. Al finanziamento degli interventi di cui agli articoli 298, 299, 300, 301,302, 303, 304, 305 e 306, già previsti dalla abroganda [legge regionale 13/2010](#) , si provvede con le risorse già previste dalle specifiche leggi regionali di settore e con le eventuali risorse statali e/o del POR FSE ad essi destinate in materia di servizi sociali, tutela della salute, non autosufficienza, politiche alloggiative, servizi socio-educativi prima infanzia, formazione , diritto allo studio e prestito sociale d'onore.

3-bis. Ad integrazione delle risorse previste al [comma 3](#) sono stanziati i risparmi derivanti dalla [legge regionale 23 aprile 2018, n. 3](#) (Riduzione temporanea dell'assegno vitalizio. Ulteriori modificazioni alla [legge regionale 15 gennaio 1973, n. 8](#) (Norme sulla previdenza dei consiglieri regionali)), nella Missione 12: Diritti sociali, Politiche sociali e famiglia, Programma 04: Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale (Capitolo 2596), in particolare per gli interventi di sostegno ai genitori separati in situazioni di difficoltà. ^[420]

4. Al finanziamento degli interventi di cui agli articoli 308 e 309, già previsti dalla abroganda [legge regionale 28/2007](#) , si provvede con le risorse della Programmazione comunitaria e/o statali eventualmente destinate alla formazione professionale.

Capo II

Norme transitorie e finali

Art. 409

(Norme transitorie)

1. Le aziende Unità sanitarie locali di cui all' [articolo 18](#) del presente testo unico, già istituite ai sensi dell' [articolo 6 della l.r. 18/2012](#) , subentrano in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle Aziende Unità sanitarie locali istituite ai sensi dell' [articolo 8 della legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) (Ordinamento del sistema sanitario regionale) ivi compresi quelli inerenti i rapporti di lavoro, assumendone i relativi diritti ed obblighi e proseguendo in tutti i rapporti, anche processuali, preesistenti.

2. Nelle more della costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Terni, i rapporti tra il servizio sanitario regionale e l'Università degli Studi di Perugia sono regolati da apposito atto convenzionale.

3. La Giunta regionale, con proprio atto, definisce i criteri e le modalità per il subentro di cui al [comma 1](#) , con particolare riguardo:

- a) alla gestione delle attività e passività pregresse e tutela dei rapporti contrattuali in essere;
- b) al patrimonio disponibile e indisponibile;
- c) alla gestione del personale;
- d) alla gestione delle attività contrattuali in essere;
- e) alla gestione transitoria dei servizi di tesoreria;
- f) alla contabilità economico-finanziaria e patrimoniale relativa agli anni precedenti.

4. Con atto della Giunta regionale, i beni patrimoniali immobili, ivi compresi quelli da reddito, nonché i beni mobili registrati, delle aziende unità sanitarie locali di cui all' [articolo 8 della l.r. 3/1998](#) , previa ricognizione dei medesimi, sono trasferiti al patrimonio della subentrante azienda unità sanitaria locale di cui all' [articolo 18](#) del presente testo unico, già istituita ai sensi dell' [articolo 6 della l.r. 18/2012](#) . I provvedimenti regionali di trasferimento costituiscono titolo, ai sensi dell' [articolo 5, comma 3 del d.lgs. 502/1992](#) , per le conseguenti trascrizioni, registrazioni e volture e per tutti gli altri atti connessi al trasferimento con esenzione di ogni onere relativo a imposte e tasse.

5. L'incarico dei Direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, nominati ai sensi dell' [articolo 26](#) , decorre dal 1° gennaio 2013.

6. I Direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere entro centottanta giorni dalla data di decorrenza dell'incarico, adottano:

- a) il piano attuativo;
- b) il piano degli investimenti e dei finanziamenti;
- c) l'atto aziendale.

7. In sede di prima applicazione le due Conferenze dei Sindaci di cui all' [articolo 8](#) esprimono alla Giunta regionale il parere di cui all' [articolo 18, comma 2](#) , in seduta plenaria, in deroga a quanto previsto dal [comma 2 del medesimo articolo 8](#) . Le Conferenze sono convocate dal Presidente della Giunta regionale o dall'Assessore competente e sono presiedute dal Sindaco del Comune con maggior numero di abitanti. Il parere è reso entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta. In caso di inerzia provvede comunque la Giunta regionale.

Art. 410

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente Testo Unico sono e restano abrogate tutte le norme contrarie o incompatibili con il presente testo. Sono e restano abrogate, in particolare, le seguenti leggi e disposizioni:

- a) [legge regionale 19 luglio 1972, n. 13](#) (Esercizio delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera);
- b) [legge regionale 15 dicembre 1972, n. 27](#) (Decisione in via amministrativa dei ricorsi in materia di ospedalità);
- c) [legge regionale 22 gennaio 1973, n. 9](#) (Istituzione di un fondo sanitario regionale per l'assistenza farmaceutica ai lavoratori autonomi);
- d) [legge regionale 29 marzo 1974, n. 23](#) (Rifinanziamento della [legge regionale 22 gennaio 1973, n. 9](#) , concernente: Istituzione di un Fondo sanitario regionale per l'assistenza farmaceutica ai lavoratori autonomi);
- e) [legge regionale 29 marzo 1974, n. 24](#) (Designazione medici specializzati in materia di assistenza ai fini della costituzione dei Comitati comunali ONMI);
- f) [legge regionale 6 marzo 1975, n. 13](#) (Erogazione di un contributo speciale ai Comuni maggiormente colpiti dal sisma del dicembre 1974);
- g) [legge regionale 21 marzo 1975, n. 15](#) (Disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera gestita dalla Regione dell'Umbria);
- h) [legge regionale 2 aprile 1975, n. 19](#) (Estinzione delle Opere pie e devoluzione del patrimonio all'Ente comunale di assistenza di Terni);
- i) [legge regionale 12 maggio 1975, n. 26](#) (Norme per lo svolgimento dei concorsi in campo sanitario);
- j) [legge regionale 27 gennaio 1977, n. 8](#) (Regolamentazione del servizio di assistenza dei neuropatici cronici);
- k) [legge regionale 26 luglio 1977, n. 35](#) (Modifica all' [art. 2 della legge regionale 27 gennaio 1977, n. 8](#));

- l) [legge regionale 9 agosto 1977, n. 42](#) (Integrazione del fondo sanitario regionale per l'assistenza farmaceutica ai lavoratori autonomi previsto dalle leggi regionali 22 gennaio 1973, n. 9 e 29 marzo 1974, n. 23);
- m) [legge regionale 28 marzo 1978, n. 13](#) (Modifiche ed integrazioni alla [legge regionale 12 maggio 1975, n. 26](#) , contenente norme per lo svolgimento dei concorsi in campo sanitario);
- n) [legge regionale 31 luglio 1978, n. 36](#) (Soppressione degli Enti comunali di assistenza);
- o) [legge regionale 19 dicembre 1979, n. 65](#) (Organizzazione del servizio sanitario regionale);
- p) [legge regionale 28 dicembre 1979, n. 72](#) (Disciplina dell'iscrizione nel ruolo nominativo regionale del personale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali);
- q) [legge regionale 27 febbraio 1980, N. 10](#) (Autorizzazione e vigilanza sulle strutture sanitarie private di diagnostica di laboratorio);
- r) [legge regionale 17 maggio 1980, n. 43](#) (Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro);
- s) [legge regionale 17 maggio 1980, n. 46](#) (Norme sullo scioglimento delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ai sensi dell' [art. 25 del d.p.r. 24 luglio 1977, n. 616](#));
- t) [legge regionale 16 gennaio 1981, n. 4](#) (Modificazione all' [art. 11 della legge regionale 28 dicembre 1979, n. 72](#) , recante la disciplina della iscrizione nel ruolo nominativo regionale del personale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle Unità sanitarie locali);
- u) [legge regionale 6 maggio 1981, n.25](#) (Modifica ed integrazione dell' [art. 5 della legge regionale 21 marzo 1975, n. 15](#) . Disciplina del diritto di accesso all' assistenza ospedaliera gestita dalla Regione Umbria);
- v) [legge regionale 8 giugno 1981, n. 31](#) (Interventi a favore delle farmacie rurali particolarmente disagiate);
- w) [legge regionale 7 aprile 1982, n. 19](#) (Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria e polizia veterinaria) ;
- x) [legge regionale 14 maggio 1982, n. 24](#) (Norme per il trasferimento alle Unità sanitarie locali delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica);
- y) [legge regionale 13 luglio 1982, n. 45](#) (Norme per la gestione, l'organizzazione e il funzionamento dei presidi e servizi multizonali);
- z) [legge regionale 30 agosto 1982, n. 46](#) (Norme per il corretto uso del farmaco e per l'assistenza farmaceutica nell'ambito del servizio sanitario regionale);
- aa) [legge regionale 13 luglio 1983, n. 26](#) (Norme di attuazione del [d.p.r. 761/1979](#) in materia di procedure concorsuali e disciplina del rapporto di impiego del personale delle U.L.S.S.);
- bb) [legge regionale 13 luglio 1983, n. 27](#) (Integrazione alla [legge regionale 30 agosto 1982, n. 46](#) . Norme per il corretto uso del farmaco e per l'assistenza farmaceutica nell'ambito del Servizio sanitario regionale);
- cc) [legge regionale 17 gennaio 1984, n. 3](#) (Erogazione di provvidenze a favore degli Enti di tutela e assistenza agli invalidi);
- dd) [legge regionale 3 agosto 1984, n. 34](#) (Integrazione della [legge regionale 14 maggio 1982, n. 24](#) . Norme per il trasferimento alle Unità sanitarie locali delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica);
- ee) [legge regionale 14 gennaio 1985, n. 1](#) (Norme per l'esercizio da parte dell'associazione dei comuni, di cui alla [legge regionale 19 dicembre 1979, n. 65](#) , delle funzioni amministrative già attribuite o delegate ai consorzi intercomunali costituiti ai sensi delle leggi regionali 3 giugno 1975, n. 40 e 17 agosto 1979, n. 44. Modificazioni alla [legge regionale 19 dicembre 1979, n. 65](#));
- ff) [legge regionale 11 marzo 1985, n. 10](#) (Norme per la razionalizzazione dei servizi trasfusionali e la promozione della donazione del sangue);
- gg) [legge regionale 21 marzo 1985, n. 11](#) (Piano socio - sanitario regionale per il triennio 1985-87);
- hh) [legge regionale 14 aprile 1986, n. 16](#) (Adeguamento della legislazione regionale alle norme sul nuovo assetto degli organi di gestione delle UU.LL.SS.SS.);
- ii) [legge regionale 21 gennaio 1987, n. 4](#) (Interpretazione autentica del [primo comma dell' art. 22 della legge regionale 19 dicembre 1979, n. 65](#));

jj) [legge regionale 17 marzo 1987, n. 17](#) (Spesa sanitaria consolidata a carico della Regione dell' Umbria a norma dell' [art. 69 - primo comma, lett. b\), della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#) relativamente agli anni dal 1981 al 1984. Definizione rapporti finanziari con lo Stato);

kk) [legge regionale 20 maggio 1987, n. 27](#) (Carta dei diritti degli utenti dei servizi delle Unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali dell'Umbria);

ll) [legge regionale 20 gennaio 1988, n. 2](#) (Compensi ai componenti le commissioni e sottocommissioni esaminatrici dei concorsi e delle selezioni per l'assunzione del personale delle uu.II.ss.ss dell'Umbria);

mm) [legge regionale 12 giugno 1989, n. 16](#) (Determinazioni per l'attività di soccorso e ricostruzione a favore delle popolazioni dell'Armenia colpite dal sisma del dicembre 1988);

nn) [legge regionale 27 marzo 1990, n. 9](#) (Piano socio - sanitario regionale per il triennio 89/91 - atto quinquies);

oo) [Art. 10 della legge regionale 10 aprile 1990, n. 18](#) (Interventi a favore degli immigrati extracomunitari in Umbria);

pp) [legge regionale 27 aprile 1990, n. 33](#) (Nuovi interventi a favore delle farmacie rurali particolarmente disagiate);

qq) [legge regionale 27 aprile 1990, n. 32](#) (Misure per favorire l'inserimento dei nomadi nella società e per la tutela della loro identità e del loro patrimonio culturale);

rr) [legge regionale 15.04.1992, n. 8](#) (Norme regionali per la limitazione dell'infezione da h.i.v. (human immunodeficiency virus) e del fenomeno dell'abbandono delle siringhe usate);

ss) [legge regionale 25 maggio 1994, n. 15](#) (Disciplina del volontariato);

tt) [legge regionale 25 maggio 1994, n. 15](#) (Disciplina del volontariato);

uu) [comma 1 dell'art. 12 della L.R. 21 giugno 1994, n. 18](#) (Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1994 e annesso bilancio pluriennale 1994/1996);

vv) [legge regionale 19 luglio 1994, n. 19](#) (Norme per la tutela degli animali di affezione e per la prevenzione ed il controllo del fenomeno del randagismo);

ww) [legge regionale 12 agosto 1994, n. 28](#) (Modificazioni ed integrazioni della [legge regionale 15 aprile 1992, n. 8](#) . Norme regionali per la limitazione dell'infezione da HIV (Human Immunodeficiency Virus) e del fenomeno dell'abbandono delle siringhe usate);

xx) [legge regionale 2 dicembre 1994, n. 37](#) (Finanziamento programma straordinario di investimenti della sanità - [art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67](#) - Variazioni al bilancio preventivo regionale per l'esercizio finanziario 1994);

yy) [legge regionale 30 marzo 1995, n. 17](#) (Istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti oncologici terminali);

zz) [legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51](#) (Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni, di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali);

aaa) Comma 3 dell' art. 15 bis e [articolo 18 della legge regionale 18 aprile 1997, n. 14](#) (Norme sull'amministrazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare regionale e delle aziende sanitarie locali);

[bbb] [\[421\]](#)

ccc) [legge regionale 10 luglio 1998, n. 23](#) (Tutela sanitaria delle attività sportive);

ddd) [legge regionale 30 luglio 1999, n. 20](#) (Norme per il funzionamento delle commissioni sanitarie di cui alla [legge 15 ottobre 1990, n. 295](#));

eee) [legge regionale 19 novembre 1999, n. 31](#) (Provvidenze a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi);

fff) [legge regionale 16 agosto 2001, n. 20](#) (Trasferimento alle Aziende USL delle funzioni di cui alla [legge 210/1992](#) . Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, nonché a causa di vaccinazione antipoliomilitica non obbligatoria, di cui all' [art. 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362](#));

ggg) [legge regionale 22 ottobre 2001, n. 27](#) (Norme in materia di divieto di detenzione ed utilizzazione di esche avvelenate);

hhh) [legge regionale 28 novembre 2001, n. 31](#) (Modificazioni ed integrazioni della [legge regionale 30 giugno 1999, n. 20](#) . Norme per il funzionamento delle Commissioni sanitarie di cui alla [legge 15 ottobre 1990, n. 295](#));

iii) [legge regionale 17 luglio 2002, n. 13](#) (Istituzione e disciplina della figura professionale dell'operatore socio-sanitario);

jjj) [legge regionale 6 dicembre 2002, n. 25](#) (Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti comportanti esposizioni a scopo medico);

kkk) [legge regionale 6 dicembre 2002, n. 26](#) (Contributi a favore dei mutilati e invalidi di guerra e categorie assimilate per cure climatiche, soggiorni terapeutici e cure termali);

lll) [legge regionale 26 maggio 2004, n. 7](#) (Disposizioni in materia di finanziamento degli investimenti del Servizio sanitario regionale);

mmm) [legge regionale 21 luglio 2004, n. 12](#) (Norme in materia di cremazione, dispersione delle ceneri e servizi cimiteriali);

nnn) [legge regionale 6 agosto 2004, n. 18](#) (Interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie);

ooo) [legge regionale 16 novembre 2004, n. 22](#) (Norme sull'associazionismo di promozione sociale);

ppp) [legge regionale 20 dicembre 2004, n. 28](#) (Riconoscimento e valorizzazione della funzione sociale, educativa e formativa svolta dalle parrocchie mediante gli oratori);

qqq) [legge regionale 23 dicembre 2004, n. 32](#) (Integrazione della [legge regionale 6 agosto 2004, n. 18](#) - Interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie);

rrr) [legge regionale 28 dicembre 2004, n. 35](#) (Ambiti territoriali delle Aziende Unità sanitarie locali e ulteriori modificazioni della [legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) - Ordinamento del Sistema sanitario regionale);

sss) [legge regionale 17 febbraio 2005, n. 9](#) (Norme sulla cooperazione sociale);

ttt) [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15](#) (Modalità per il conferimento di incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali);

uuu) [legge regionale 28 febbraio 2005, n. 18](#) (Tutela della salute psicofisica della persona sul luogo di lavoro e prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing);

vvv) [legge regionale 18 ottobre 2006, n. 13](#) (Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale);

www) [legge regionale 22 gennaio 2007, n. 1](#) (Accesso ai trattamenti terapeutici per i cittadini consumatori di sostanze psicoattive o in stato di dipendenza);

xxx) [legge regionale 13 febbraio 2007, n. 4](#) (Disciplina in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio);

yyy) [art. 1 L.R. 29 marzo 2007, n. 8](#) (Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2007 in materia di entrate e di spese);

zzz) [legge regionale 24 luglio 2007, n. 25](#) (Prestito sociale d'onore. Istituzione di un fondo per agevolarne l'accesso);

aaaa) [legge regionale 3 ottobre 2007, n. 28](#) (Interventi per il sostegno e la qualificazione dell'attività di assistenza familiare domiciliare);

bbbb) [legge regionale 21 febbraio 2008, n. 1](#) (Istituzione del Fondo di emergenza per le famiglie delle vittime di incidenti mortali del lavoro);

cccc) [legge regionale 7 maggio 2008, n. 7](#) (Istituzione nelle Aziende Unità Sanitarie Locali (USL) della Regione Umbria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica) ;

[dddd] [\[422\]](#)

dddd) [legge regionale 4 giugno 2008, n. 9](#) (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni); [\[423\]](#)

eeee) [legge regionale 29 luglio 2009, n. 18](#) (Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza);

ffff) [legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26](#) (Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali);

gggg) [legge regionale 16 febbraio 2010, n. 13](#) (Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia);

[hhhh] ^[424]

iiii) [legge regionale 10 dicembre 2010, n. 24](#) (Modificazioni della [legge regionale 18 ottobre 2006, n. 13](#) (Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale), dalla [legge regionale 29 luglio 2009, n. 18](#) (Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza) e dalla [legge regionale 27 novembre 2007, n. 30](#) (Nuova disciplina del Difensore civico regionale. Abrogazione della [legge regionale 30 novembre 1995, n. 45](#)));

jjjj) [legge regionale 20 luglio 2011, n. 6](#) (Disciplina per l'attribuzione degli incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali. Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla [legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) (Ordinamento del sistema sanitario regionale) e abrogazione della [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15](#));

kkkk) [legge regionale 4 novembre 2011, n. 13](#) (Integrazione della [legge regionale 16.02.2010, n. 13](#) (Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia)) ;

llll) [art. 14, comma 1, L.R. 4 aprile 2012, n. 7](#) Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2012 in materia di entrate e di spese - Modificazioni ed integrazioni di leggi regionali;

mmmm) [legge regionale 27 settembre 2012, n. 14](#) (Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo);

nnnn) [legge regionale 12 novembre 2012, n. 18](#) (Ordinamento del servizio sanitario regionale) , ad **esclusione** dell' [articolo 62](#) ^[425] ;

oooo) [art. 19, comma 1](#) e [art. 21, comma 1, L.R. 9 aprile 2013, n. 8](#) (Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2013 in materia di entrate e di spese - Modificazioni ed integrazioni di leggi regionali);

pppp) artt. 15 e 16 della [L.R. 21 giugno 2013, n. 12](#) (Norme su perequazione, premialità e compensazione in materia di governo del territorio e modificazioni di leggi regionali); qqqq) [legge regionale 26 febbraio 2014, n. 1](#) Ulteriori integrazioni della [legge regionale 18 ottobre 2006, n. 13](#) (Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale).

2. Dalla data di entrata in vigore del presente Testo unico, tutti i richiami alle leggi e alle norme regionali abrogate ai sensi del [comma 1](#) , si intendono riferiti al presente Testo unico.

Perugia, 9 aprile 2015

MARINI

ALLEGATI: **Allegato A** - Ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali (all' art. 18, Capo I - Titolo IV della Parte I)
Ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali: Ambiti territoriali

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1:

Comuni di: Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Castiglione del Lago, Citerna, Città della Pieve, Città di Castello, Collazzone, Corciano, Costacciaro, Deruta, Fossato di Vico, Fratta Todina, Gualdo Tadino, Gubbio, Lisciano Niccone, Magione, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Perugia, Piegara, Pietralunga, San Giustino, San Venanzo, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Todi, Torgiano, Tuoro sul Trasimeno, Umbertide, Valfabbrica.

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2:

Comuni di: Acquasparta, Allerona, Alviano, Amelia, Arrone, Attigliano, Avigliano Umbro, Baschi, Bevagna, Calvi dell'Umbria, Campello sul Clitunno, Cascia, Castel Giorgio, Castel Ritaldi, Castel Viscardo, Cerreto di Spoleto, Fabro, Ferentillo, Ficulle, Foligno, Giano dell'Umbria, Giove, Gualdo Cattaneo, Guardia, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Montefalco, Montecchio, Montefranco, Montegabbione, Monteleone di Orvieto, Monteleone di Spoleto, Narni, Nocera Umbra, Norcia, Orvieto, Otricoli, Parrano, Penna in Teverina, Poggiodomo, Polino, Porano, Preci, San Gemini, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Sellano, Spello, Spoleto, Stroncone, Terni, Trevi, Vallo di Nera, Valtopina.

Allegato B - Autorizzazione e vigilanza sulle strutture sanitarie private di diagnostica di laboratorio (Capo II - Titolo XIV - Parte I)

ALLEGATO 1 - Criteri per la quantificazione del carico - lavoro e la definizione dell' organico

1. - DETERMINAZIONE DEL CARICO - LAVORO.

Il carico - lavoro annuo di ciascun servizio di diagnostica di laboratorio è calcolato in base alla formula: $(N. \text{ annuo prelievi} \times \text{indice peso}) - (N. \text{ annuo prestazioni analitiche} \times \text{indice peso}) = \text{lavoro annuo in minuti} / 60 = N. \text{ annuo ore di lavoro}$.

La rilevazione quantitativa di ciascun tipo di analisi, la determinazione degli indici peso e le modalità di esecuzione delle stesse costituiscono punti essenziali ed indispensabili di riferimento per il calcolo di cui sopra.

a) Rilevazione quantitativa delle analisi.

L'unità di conteggio è rappresentata dalla esecuzione analitica che porta al singolo risultato.

Unità di conteggio particolari sono da prevedere solo nei casi appresso riportati:

Chimica - clinica

Le prove di valutazione funzionale vanno conteggiate sommando le singole voci che le compongono (es. Clearance creatinina = creatinina per 2). Salvo specifiche eccezioni (riportate nelle tabelle relative ai sistemi di carico), vanno conteggiati singolarmente: gli standard, ogni analisi della medesima curva di taratura, le analisi ripetute in doppio ed in triplo, le analisi eseguite con apparecchiature multicanali (esclusi i risultati derivati).

Ematologia [paragrafo]

Ogni parametro del "profilo ematico" (GR, GB, dosaggio della emoglobina, ematocrito, MCV, MCH, MCHC) va calcolato singolarmente purché non si tratti di parametri derivati.

La formula leucocitaria, ivi compresa la morfologia dei globuli rossi e delle piastrine, costituisce un esame unico e a se stante, anche se richiesto con il profilo ematico.

Microbiologia ed immunologia.

Le reazioni sierologiche sono conteggiate secondo il numero degli antigeni impiegati.

Per le indagini microbiologiche l'unità di conteggio è costituita dalla piastra, dal tubo, dalla bottiglia o dal vetrino impiegati. Urine - essudati - trasudati.

I tests di routine simultaneamente eseguiti sullo stesso campione di urine (sangue, urobilina, proteine, zucchero, acetone, ph, peso specifico) vengono conteggiati come un singolo esame; sono calcolati invece come singole determinazioni quando eseguiti separatamente. Il sedimento urinario è conteggiato sempre come esame a se stante. Gli esami di routine degli essudati e trasudati (peso specifico, proteine, sangue, sedimento, Rivalta) sono calcolati come esame unico; per esami diversi (cellularità, contenuto batterico) o per diverse valutazioni biochimiche vengono conteggiati tanti esami quanti sono rispettivamente i vetrini impiegati e le esecuzioni analitiche effettuate.

Prelievi.

Nei servizi analitici a sede ospedaliera il calcolo non terrà conto dei prelievi effettuati per i degenti dal personale di reparto.

b) Indici peso delle esecuzioni analitiche .

L'indice peso di ciascuna esecuzione analitica è costituito dal tempo medio tecnico (compreso, quello dei laureati), impiegatizio ed ausiliario necessario ed eseguirla, incluso il tempo di raccolta in laboratorio dei campioni, la centrifugazione e la ripartizione intra - laboratorio degli stessi. L'indice peso come sopra determinato non include il tempo del prelievo e della ripartizione dei campioni per l'invio ad altri presidi, da valutare separatamente. I valori di riferimento stabiliti per le varie analisi sono quelli derivati dal "sistema di carico canadese" ed espressi in minuti di lavoro manuale, come da tabella allegata.

c) Sistema di lavoro .

In rapporto all'attuale stato di evoluzione tecnica, il sistema di lavoro dei servizi di diagnostica di laboratorio può distinguersi in:

- a) lavoro manuale preparazione e lettura del campione, calcolo e trascrizione dei risultati esclusivamente manuali;
- b) lavoro quasi manuale preparazione manuale del campione alla lettura, lettura diretta più o meno automatizzata dei risultati in concentrazione, trascrizione manuale o a mezzo stampante: in sierologia preparazione automatica del campione alla lettura, lettura e trascrizione manuali;
- c) lavoro in semiautomazione preparazione del campione alla lettura, lettura del campione e trascrizione dei risultati completamente automatiche, ma senza trascrizione automatica in scheda - paziente e senza codificazione dei risultati al CED (Centro elettronico elaborazione dati);
- d) lavoro in automazione semplice preparazione del campione alla lettura, lettura del campione e trascrizione dei risultati completamente automatiche in una scheda - paziente, senza codificazione dei risultati al CED;

e) lavoro in automazione integrale preparazione del campione alla lettura, lettura del campione e trascrizione dei risultati completamente automatiche, codificazione dei risultati direttamente al CED.

Per il lavoro manuale e quasi manuale non è rilevante l'uso di diluitori più o meno automatici se è costante l'intervento dell'operatore.

Il sistema di lavoro condiziona l'indice peso in minuti degli esami eseguiti.

I valori di riferimento stabiliti nella tabella allegata sono ad eccezione di quelli relativi ad esami cromatografici e gascromatografici, ridotti rispettivamente:

- a) del 35 per cento per le analisi eseguite con sistema quasi manuale;
- b) del 75 per cento per le analisi eseguite in semiautomazione;
- c) dell'85 per cento per le analisi eseguite in automazione semplice;
- d) del 90 per cento per le analisi eseguite in automazione integrale.

2. - DEFINIZIONE DELL' ORGANICO

Presa a riferimento la media annua del tempo di lavoro contrattuale degli operatori e dividendo per questa il numero annuo di ore di lavoro del servizio, calcolato nel modo di cui al punto precedente, si ottiene il numero complessivo degli operatori necessari ad esplicare in maniera ottimale l'attività richiesta.

La quantificazione ottenuta è comprensiva di tutte le componenti che fanno parte dell'organico dei servizi di diagnostica di laboratorio (laureati, tecnici, personale impiegatizio ed ausiliario).

La ripartizione dell'organico nelle componenti sopra indicate deve tener conto delle caratteristiche specifiche dei singoli servizi (varietà delle analisi, grado di automazione, ampiezza dei locali da pulire, ecc.).

A titolo orientativo è da ipotizzare in linea di massima il seguente rapporto:

- a) personale laureato e tecnico un laureato ogni due tecnici per i servizi a conduzione tradizionale o con prevalenza del lavoro manuale; un laureato ogni 4-5 tecnici, a seconda del grado di automazione, per i servizi con lavoro in automazione integrale o semplice;
- b) personale impiegatizio ed ausiliario due ausiliari e due impiegati ogni sei tecnici di laboratorio.

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI INDICI PESO DELLE PRESTAZIONI ANALITICHE (Accanto ad ogni prestazione viene indicato il tempo necessario espresso in minuti)

1° Prelievi

Prelievo di sangue venoso 8

Prelievo di sangue arterioso 12

Prelievo di sangue capillare (dito, orecchio ecc.) 12

Prelievo midollo osseo 36

Prelievo di materiali per esami microbiologici (per paziente) 6

Prelievo di succo gastrico, intubazione, aspirazione (I prelievo e successivi) 14- 6

Prelievo di campione da drenaggio 6

Prelievo urinario con cateterismo 18

Frazionamento e distribuzione di campioni da inviare ad altro laboratorio (per paziente) 3

2° Urine

Esame chimico - fisico completo 5

Esame chimico - fisico parziale per ogni singola analisi 3

Dosaggi quantitativi (vedere corrispondente voce esami chimico - clinici)

Sedimento urinario 4

Conta di Addis 32

Prova di concentrazione (3 determinazioni) 9

Prova di diluizione (3 determinazioni) 9

3° Ematologia

VES 5

Conteggio leucociti 6

Conteggio eritrociti 6

Emoglobina 6

Conteggio piastrine 14

Conteggio reticolociti 13

Conteggio eosinofili 8

Ematocrito 3

Morfologia ematica (Formula leucocitaria, morfologia GR e piastrine) 11

Indici ematologici derivati (per campione e solo se eseguiti manualmente) 3

Conteggio punteggiati basofili 13

Resistenza globulare 45

Resistenza globulare test rapido (ad esempio con met. Simmel) 18

Ricerca cellule LE 28

Ricerca emazie fetali 18

Ricerca cellule falciformi 14

Curva eritrocitometrica di Prince - Jones 60

Esame midollo osseo (escluso prelievo) 30

Ricerche citochimiche su elementi ematici (ciascuna) 18

Emoglobine anormali (elettroforesi) 46

Emoglobina alcali - resistente (dosaggio) 31

Enzimi eritrocitari (ciascun dosaggio) 13

4° Coagulazione

Prove di fragilità capillare (ciascuna prova) 7

Tempo di emorragia 11

Tempo coagulazione sangue in toto 24

Tempo di retrazione del coagulo 4

Valutazione qualitativa e quantitativa della retrazione del coagulo 20

Tempo di protrombina 8

Tempo di tromboplastina parziale 10

Tempo di protrombina residua 12

Tempo di trombina 8

Dosaggio fattori emocoagulativi (ciascuno) 35

Test di generazione della tromboplastina 120

Tromboelastogramma 30

Test di aggregazione piastrinica 35

Test di adesività piastrinica 20

Capacità di distensione piastrinica 20

Fibrinogeno (dosaggio) 15

Tempo di lisi del coagulo 15

Tempo di lisi euglobulinica 40

Tempo di lisi tromboelastografica 30

Tempo di lisi in piastre di fibrina 90

Attivatori ed inibitori della fibrinolisi (ciascuno) 90

Tolleranza eparinica "in vitro" 50

Dosaggio antitrombina 20

Dosaggio FDP 15

Ricerca delle antitromboplastine 100

Test di paracoagulazione 5

5° Chimica - clinica

Acetone 24

Acido lattico 27

Acido piruvico 27

Acido urico 13

Acido vanilmandelico (dosaggio) 60

Albumina 12

Alcool 49

Alcool (dosaggio enzimatico) 13

Aldosterone (metodo chimico) 42

Aminoacidi (Test di Guthrie per ciascun aminoacido) 3

Aminoacidi (metodo cromatografico) 120

Ammoniaca 39

Amniotico (esame liquido) Bilirubina 24

HB 24

1/ s 36

Anidride carbonica, titolazione bicarbonati 18

Acido ascorbico 25

Acido- 5- idrossi - indolacetico (dosaggio) 22

Barbiturici (dosaggio) 32

Bilirubina totale 12

Bilirubina frazionata 24

Bromosultaleina (compresa iniezione) 24

Beta - lipoproteina (metodo turbidimetrico) 19

Calcio 14

Calcio ionizzato 24

Calcoli (analisi) 25

Catecolamine 80

Clearance (soltanto il calcolo) o altri indici chimici derivati) 3

Cloro 10

Colesterolo totale 14

Colesterolo frazionato 30

Corticoidi, cortisolo sangue 22

Corticoidi, cortisolo urine 31

Corticoidi, 11- ossi o 17- idrossi (con due dosaggi creatinina) 54

Creatina 26

Creatinina 12

Delta - aminolevulinico acido 40

DNA dosaggio fluorimetrico 120

Elettroforesi proteine, lipoproteine, glicoproteine (per ciascun tipo) 30

Elettroforesi proteine urinarie 35

Enzimi (metodi a tempo fisso) 20

Enzimi (metodi in cinetica) 12

Estrogeni urine (metodo chimico) 35

Fenilalanina (dosaggio) 15

Ferro totale 16

Ferro (capacità legante) 24

Fosfato inorganico 18

Fosfolipidi 30

Fenosultaleina (compresa iniezione) 24

Gastrico succo acidità (per ogni campione) 6

Glucosio (dosaggio) 12

ph, PCO₂, PO₂ (per ciascun parametro) 6

Grassi acidi liberi(NEFA) 25

17- chetosteroidi totali 30

17- chetosteroidi frazionati 84

Lipidi totali 16

Litio 10

Magnesio 13

Mercurio 40

Metemoglobina 21

Mioglobina 11

Mucopolisaccaridi (dosaggio) 30

Mucopolisaccaridi (identificazione elettroforetica) 70

Osmolarità 10

PBI 31

Piombo (dosaggio) 40

Prove eucolloidità serica (ciascuna) 10

Porfirine (esame qualitativo) 10

Porfirine () 67

Potassio 12

Pregnandiolo 40

Pregnantriolo 40

Prolina - idrossi (dosaggio) 40

Proteine Bence - Jones (metodo al calore) 18

Proteine, globuline (Pandy) 6

Proteine totali 12

Rame 40

Radiochimica (dosaggi con separazione cromatografia per campione) 30

Radiochimica (dosaggi senza separazione cromatografica) per campione 52

Salicilati 12

Sodio 12

T3- T4 con metodo su colonna (ciascuno) 26

Trigliceridi 21

Urea, azoto ureico 12

Urobilinogeno porfo (dosaggio) 35

Volemia con colorante 60

6° Microbiologia, Parassitologia, Virologia

Manualità tecniche preliminari inerenti il materiale da esaminare (per ciascun campione in arrivo) 7,8

Arricchimento per esame microscopico o colturale del materiale (per ciascun campione) 3

Esame colturale (per ogni piastra, tubo o bottiglia) 3

Esame colturale rapido con eventuali reazioni biochimiche, su terreni multipli (per ciascun tipo di terreno contenuto nel tubo o piastra) 1

Antibiogramma (per ogni ceppo batterico, per ogni antibiotico, per ogni concentrazione) 1

Ricerca microscopica per batteri o miceti (per ogni vetrino) 2,2

Ricerca microscopica per microbatteri (per ogni vetrino) 6

Ricerca di uova o parassiti fecali (per vetrino) Ricerca parassiti nel sangue (per campione) 22

Identificazione microbiologica con agglutinazione su vetrino o provetta (per ciascuna reazione) 2,2

Identificazione biochimica con ricerche eseguite singolarmente (per ciascuna prova) 2,2

Prova biologica in cavia o altri animali (inoculazione, autopsia, strisci e colture tessuti) per ricerca di batteri, micobatteri e miceti) 100

Coltura primaria di tessuto (per campione) 120

Coltura di linee cellulari continue in vitro: allestimenti di ogni fiasca, piastra, provetta o fiala 30

Coltura cellulare in vitro: ricambio dei terreni di mantenimento 5

Isolamento dei virus su monostrati cellulari 15

Prova di emoadsmorbimento su colture in vitro 20

Isolamento dei virus su embrione di pollo 30

Isolamento dei virus su animali da laboratorio 30

Titolazione dei virus su coltura cellulare, uova embrionate o animali 30

Identificazione mediante prova di neutralizzazione su coltura cellulare, su uova embrionale e su animali (per ciascuna prova) 30

Ricerca di anticorpi mediante prova di neutralizzazione in coltura di tessuto, in uova embrionale o animali (per ciascuna ricerca) 30

7° Immunologia Adsorbimento di antigeni ai globuli rossi (per ciascun antigene) 15

Titolazione del complemento (necessaria a ciascuna serie di reazioni di deviazione del complemento) per ciascun antigene e per ogni seduta 30

Allestimento reagenti per FTA, per ciascuna seduta 55

Reazione di precipitazione, di agglutinazione o di lisi (per ciascun antigene e per ciascuna diluizione) 3

Reazione di deviazione del complemento (per ciascun antigene e per ciascuna diluizione) 10

Reazione con metodo di fluorescenza per ciascun antigene o anticorpo e per ciascuna diluizione con metodo diretto 20

Reazione con metodo di fluorescenza per ciascun antigene o anticorpo e per ciascuna diluizione con metodo indiretto 30

Reazioni immunologiche qualitative o quantitative rapide su vetrino (ad es. test di gravidanza, ricerca fattore reumatoide, proteina C, VDRL ecc.) per ciascun antigene e per ciascuna diluizione 3

Ricerca con immunoelettrosinresi (per ciascuna piastra) 40

Ricerca con immunoelettrosinresi (per ciascuna piastra) 30

Immunodiffusione qualitativa (per ciascun antigene o anticorpo) 10

Immunodiffusione qualitativa (per ciascun antigene o anticorpo) 5

Test di immobilizzazione delle spirochete 30

Dye - test 30

Dosaggi radioimmunologici (per ciascun dosaggio) 20

8° Immunoematologia (esclusa quella di più specifica competenza dei Centri trasfusionali).

Ricerca antigeni del sistema ABO, Rh (con agglutinazione diretta su vetrino o in provetta (per ciascun antigene) 2

Adsorbimento anticorpale o sensibilizzazione eritrocitaria (per ciascuna esecuzione) 7

Test di Coombs, esclusa fase di adsorbimento 2

9° Miscellanea

Analisi cromatografica su colonna 120

Analisi gascromatografiche 400

Feci, esame chimico - microscopico completo 30

Feci esame parziale (ad es. sangue occulto) (per ogni indagine) 6

Liquido cefalo - rachidiano (esame chimico - microscopico) 36

Liquido cefalo rachidiano (reazioni colloidali) 5

Succo gastrico e duodenale (PH, sangue, pigmenti biliari) per ogni campione 6

Esami trasudati ed essudati (peso specifico, proteine, sangue, sedimento, Rivalta) 15

Latte completo (proteine, grassi, zuccheri) 34

Latte parziale (grassi) 16

Sperma esame completo 25

Cutireazione od intradermoreazione (per tbc, per echinococco) 10

Omogeneizzazione di cellule o tessuti per ricerche biochimiche 60

Cariogramma 420

Ricerca dei ricettori di membrana con rosette E, o immunofluorescenza diretta (per test) 50

Ricerca delle rosette EA (per test) 110

Valutazione della diluizione di lavoro dei coniugati fluorescenti (chess - board) 200

Citofluorescenza midollare per la ricerca dell' immunoglobulinopoiesi (per ciascun antisiero e per ciascuna diluizione) 50

Note sulla vigenza

[13] - Integrazione da: [Articolo 1 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[14] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 1 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[15] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 1 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[16] - Abrogazione da: [Articolo 1 Comma 3 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[17] - Abrogazione da: [Articolo 2 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[18] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 1 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[19] - Abrogazione da: [Articolo 3 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[20] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 1 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[21] - Integrazione da: [Articolo 1 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[22] - Abrogazione da: [Articolo 1 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[23] - Abrogazione da: [Articolo 1 Comma 4 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Abrogazione da: [Articolo 1 Comma 4 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[24] - Abrogazione da: [Articolo 1 Comma 5 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Abrogazione da: [Articolo 1 Comma 5 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[25] - Abrogazione da: [Articolo 43 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[26] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 2 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[27] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 2 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[28] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 11 aprile 2016, n. 5.](#)

[29] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 11 aprile 2016, n. 5.](#)

[30] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 3 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[31] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 3 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[32] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 4 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[33] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 4 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[34] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 4 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[35] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 4 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[36] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 5 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[37] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 5 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[38] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 5 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[39] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 5 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[40] - Integrazione da: [Articolo 42 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[41] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 1 legge Regione Umbria 24 novembre 2017, n. 17.](#)

[42] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 4 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[43] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 4 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[44] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 2 legge Regione Umbria 24 novembre 2017, n. 17.](#)

[45] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[46] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[47] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[48] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[49] - Integrazione da: [Articolo 7 Comma 1 legge Regione Umbria 8 marzo 2021, n. 3.](#)

[50] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[51] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[52] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[53] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[54] - Integrazione da: [Articolo 7 Comma 2 legge Regione Umbria 8 marzo 2021, n. 3.](#)

[55] - Integrazione da: [Articolo 6 Comma 4 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[56] - Integrazione da: [Articolo 6 Comma 4 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[57] - Abrogazione da: [Articolo 6 Comma 5 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[58] - Integrazione da: [Articolo 7 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[59] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 5 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[60] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 5 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[61] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[62] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[63] - Integrazione da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[64] - Integrazione da: [Articolo 43 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[65] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 8 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Abrogazione da: [Articolo 8 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Sostituzione (testo eliminato)

da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[66] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 8 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[67] - Integrazione da: [Articolo 7 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#) - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 1 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)

[68] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 1 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)

[69] - Abrogazione da: [Articolo 7 Comma 1 legge Regione Umbria 1 agosto 2019, n. 6.](#)

[70] - Integrazione da: [Articolo 7 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#) - Integrazione da: [Articolo 8 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[71] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[72] - Integrazione da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[73] - Integrazione da: [Articolo 10 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[74] - Integrazione da: [Articolo 10 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Integrazione da: [Articolo 10 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[75] - Integrazione da: [Articolo 10 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[76] - Integrazione da: [Articolo 10 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[77] - Integrazione da: [Articolo 44 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[78] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[79] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 9 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[80] - Integrazione da: [Articolo 9 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[81] - Integrazione da: [Articolo 10 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[82] - Integrazione da: [Articolo 11 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[83] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 45 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[84] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 45 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[85] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 11 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Abrogazione da: [Articolo 11 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[86] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 11 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[87] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 46 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[88] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 46 Comma 1 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 14.](#)

[89] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 12 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[90] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 12 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

[91] - Abrogazione da: [Articolo 12 Comma 1 Lettera a legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[92] - Integrazione da: [Articolo 12 Comma 1 Lettera b legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[93] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 13 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[94] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 13 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[95] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 13 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[96] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 13 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[97] - Integrazione da: [Articolo 13 Comma 3 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

[98] - Integrazione da: [Articolo 31 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[99] - Integrazione da: [Articolo 32 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[100] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 32 Comma 2 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[101] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 32 Comma 2 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[102] - Abrogazione da: [Articolo 32 Comma 3 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[103] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[104] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

[105] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)

- [106] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [107] - Integrazione da: [Articolo 33 Comma 2 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [108] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 33 Comma 3 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [109] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 33 Comma 3 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [110] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 33 Comma 4 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [111] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 33 Comma 4 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [112] - Abrogazione da: [Articolo 33 Comma 5 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [113] - Abrogazione da: [Articolo 33 Comma 5 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [114] - Integrazione da: [Articolo 34 Comma 1 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [115] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 14 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [116] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 14 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [117] - Integrazione da: [Articolo 14 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [118] - Integrazione da: [Articolo 14 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [119] - Abrogazione da: [Articolo 15 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [120] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 16 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [121] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 16 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [122] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 17 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [123] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 17 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [124] - Abrogazione da: [Articolo 17 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [125] - Abrogazione da: [Articolo 17 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [126] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 13 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [127] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 13 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [128] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 14 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [129] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 14 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [130] - Integrazione da: [Articolo 15 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [131] - Integrazione da: [Articolo 15 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [132] - Integrazione da: [Articolo 15 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [133] - Integrazione implicita da: [Articolo 15 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [134] - Sostituzione implicita (testo eliminato) da: [Articolo 16 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [135] - Sostituzione implicita (testo inserito) da: [Articolo 16 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [136] - Integrazione implicita da: [Articolo 17 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Integrazione implicita da: [Articolo 17 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [137] - Integrazione implicita da: [Articolo 17 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [138] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [139] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [140] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [141] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [142] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [143] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [144] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [145] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [146] - Integrazione da: [Articolo 19 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

- Pagina 248 di 429

- [192] - Integrazione da: [Articolo 24 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [193] - Integrazione da: [Articolo 20 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [194] - Integrazione da: [Articolo 20 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [195] - Integrazione da: [Articolo 25 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [196] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 25 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [197] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 25 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [198] - Integrazione da: [Articolo 20 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [199] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 12.](#)
- [200] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 2 legge Regione Umbria 27 dicembre 2018, n. 12.](#)
- [201] - Integrazione da: [Articolo 20 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [202] - Integrazione da: [Articolo 20 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [203] - Integrazione da: [Articolo 26 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [204] - Integrazione da: [Articolo 6 Comma 4 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [205] - Integrazione da: [Articolo 21 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [206] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 22 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [207] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 22 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [208] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 22 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [209] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 22 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [210] - Abrogazione da: [Articolo 23 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [211] - Abrogazione da: [Articolo 23 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [212] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 24 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [213] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 24 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [214] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 27 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [215] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 27 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [216] - Abrogazione da: [Articolo 25 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [217] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 26 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [218] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 26 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [219] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 27 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [220] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 27 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [221] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 28 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [222] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 28 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#) -
Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 5 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [223] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 5 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [224] - Integrazione da: [Articolo 29 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [225] - Integrazione da: [Articolo 28 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [226] - Integrazione da: [Articolo 28 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [227] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 29 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [228] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 29 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [229] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 29 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [230] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 29 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [231] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 29 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [232] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 29 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [233] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 29 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

- [234] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 29 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [235] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 29 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [236] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 29 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [237] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 29 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [238] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 29 Comma 3 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [239] - Integrazione da: [Articolo 30 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [240] - Integrazione da: [Articolo 30 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [241] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 31 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [242] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 31 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [243] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 32 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Abrogazione da: [Articolo 32 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#) - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [244] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 32 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [245] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [246] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 30 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [247] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 30 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [248] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 6 Comma 6 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [249] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 6 Comma 6 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [250] - Abrogazione da: [Articolo 31 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#) - Abrogazione da: [Articolo 31 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [251] - Abrogazione da: [Articolo 32 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [252] - Integrazione da: [Articolo 33 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [253] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 34 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [254] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 34 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [255] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 35 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [256] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 35 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [257] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 35 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [258] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 35 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [259] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 36 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [260] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 36 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [261] - Integrazione da: [Articolo 37 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [262] - Integrazione da: [Articolo 37 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [263] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 38 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [264] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 38 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [265] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 39 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [266] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 39 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [267] - Abrogazione da: [Articolo 40 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [268] - Abrogazione da: [Articolo 41 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [269] - Abrogazione da: [Articolo 42 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [270] - Abrogazione da: [Articolo 43 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [271] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 44 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [272] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 44 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [273] - Abrogazione da: [Articolo 45 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [274] - Abrogazione da: [Articolo 46 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

- Pagina 251 di 429

- Pagina 252 di 429

- [361] - Abrogazione da: [Articolo 35 Comma 3 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [362] - Integrazione da: [Articolo 35 Comma 2 legge Regione Umbria 28 dicembre 2017, n. 20.](#)
- [363] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 61 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [364] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 61 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [365] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 61 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [366] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 61 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [367] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 62 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [368] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 62 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [369] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 62 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [370] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 62 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [371] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 63 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [372] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 63 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [373] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 63 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [374] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 63 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [375] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 63 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [376] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 63 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [377] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 64 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [378] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 64 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [379] - Abrogazione da: [Articolo 65 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [380] - Abrogazione da: [Articolo 66 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [381] - Abrogazione da: [Articolo 38 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [382] - Abrogazione da: [Articolo 38 Comma 2 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [383] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 39 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [384] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 39 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [385] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 67 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [386] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 67 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [387] - Abrogazione da: [Articolo 67 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [388] - Abrogazione da: [Articolo 10 Comma 3 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [389] - Abrogazione da: [Articolo 68 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [390] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 68 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [391] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 68 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [392] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 68 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [393] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 68 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [394] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 69 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [395] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 69 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [396] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 69 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [397] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 69 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [398] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 69 Comma 3 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [399] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 69 Comma 3 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [400] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 70 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [401] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 70 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [402] - Integrazione da: [Articolo 70 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [403] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)

- [404] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [405] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [406] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 2 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [407] - Abrogazione da: [Articolo 71 Comma 3 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [408] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 4 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [409] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 4 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [410] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 4 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [411] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 4 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [412] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 5 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [413] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 5 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [414] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 5 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [415] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 5 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [416] - Integrazione da: [Articolo 71 Comma 6 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [417] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 71 Comma 7 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [418] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 71 Comma 7 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [419] - Abrogazione da: [Articolo 16 Comma 1 legge Regione Umbria 28 luglio 2016, n. 9.](#) - Sostituzione (testo inserito) (testo eliminato) da: [Articolo 5 Comma 6 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [420] - Integrazione da: [Articolo 40 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)
- [421] - Abrogazione da: [Articolo 73 Comma 9 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [422] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 72 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [423] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 72 Comma 1 legge Regione Umbria 17 agosto 2016, n. 10.](#)
- [424] - Abrogazione da: [Articolo 10 Comma 4 legge Regione Umbria 29 dicembre 2016, n. 18.](#)
- [425] - Integrazione da: [Articolo 41 Comma 1 legge Regione Umbria 16 novembre 2018, n. 9.](#)

Note della redazione

- (1) - La disciplina contenuta nel presente articolo si applica a partire dal 1 gennaio 2017. (Vedi art. 73, comma 8 della L.R. 17 agosto 2016, n. 10).
- (2) - Il presente articolo entra in vigore dal 1° gennaio 2017 (Vedi art. 11, comma 7, L.R. 29 dicembre 2016, n. 18)
- (3) - L'abrogazione del presente periodo decorre dal 1° gennaio 2020 (Vedi art. 7 L.R. 1 agosto 2019, n. 6)
- (4) - Vedi art. 73, comma 1, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (5) - Vedi art. 73, comma 2, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (6) - Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge 16 novembre 2018, n. 9 (22 novembre 2018) la Giunta regionale adotta il regolamento e la deliberazione di cui ai commi 1 e 3 del presente articolo aggiunto dall'articolo 19, comma 1 della L.R. 9/2018 (Vedi art. 42, comma 1, L.R. 9/2018)
- (7) - Vedi art. 73, comma 6, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (8) - Vedi art. 73, comma 3, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (9) - Vedi art. 73, comma 4, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (10) - Vedi art. 73, comma 5, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (11) - I procedimenti afferenti le sanzioni amministrative di cui al presente articolo, pendenti alla data di entrata in vigore (20 agosto 2016) della legge regionale 10/2016, sono trasferiti, unitamente alla relativa documentazione, dalle Province alle aziende sanitarie locali competenti per territorio. (Vedi art. 11, comma 8, L.R. 29 dicembre 2016, n. 18)
- (12) - Vedi art. 73, comma 7, L.R. 17 agosto 2016, n. 10
- (13) - L'abrogazione della presente lettera bbb), ha effetto dalla data di entrata in vigore della presente legge (30 aprile 2015). Dalla medesima data è nuovamente in vigore la legge regionale 6 agosto 1997, n. 24 (Vedi art. 73, comma 9 della L.R. 17 agosto 2016, n. 10).
- (14) - L'abrogazione della presente lettera hhhh), ha effetto dalla data di entrata in vigore della presente legge (30 aprile 2015). Dalla medesima data è nuovamente in vigore la legge regionale 7 ottobre 2010 n. 21 (Vedi art. 10, comma 4 della L.R. 29 dicembre 2016, n. 18).

L.R. 10 agosto 2012, n. 41**Disciplina in materia funeraria e di polizia mortuaria.**

(Approvata dal Consiglio regionale con [verbale n. 123/2 del 31 luglio 2012](#), pubblicata nel BURA 29 agosto 2012, n. 46 ed entrata in vigore il 30 agosto 2012)

Testo vigente
(in vigore dal 02/12/2021)

TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI E PRINCIPI

Art. 1 (Finalita', oggetto e principi)

1. La presente legge disciplina il complesso dei servizi e delle funzioni in ambito necroscopico, funebre, cimiteriale e di polizia mortuaria, garantendo il rispetto della dignita' e dei diritti dei cittadini, al fine di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi funebri e di improntare le attivita' pubbliche a principi di evidenza scientifica e di efficienza ed efficacia delle prestazioni.
2. In particolare, la presente legge:
 - a) definisce le funzioni della Regione ed individua i compiti dei Comuni e le modalita' di svolgimento delle loro funzioni e servizi;
 - b) disciplina, per quanto attiene ai profili igienico-sanitari, le procedure relative alla polizia mortuaria;
 - c) regola le condizioni e i requisiti per assicurare che l'esercizio dell'attivita' funebre da parte di soggetti pubblici e privati sia svolta nel rispetto delle finalita' e delle garanzie perseguite dalla presente legge.
3. Ai fini della presente legge:
 - a) nell'ambito necroscopico sono ricomprese le prestazioni assicurate in via obbligatoria sia dal Comune sia dal Sistema sanitario regionale, quali il trasporto funebre per indigenti, la raccolta e il trasporto funebre su chiamata dell'Autorita' giudiziaria o per esigenze igienico-sanitarie, le attivita' di medicina necroscopica, la dotazione di deposito di osservazione ed obitorio;
 - b) nell'ambito cimiteriale e' ricompreso l'insieme delle attivita' connesse alla disponibilita' del demanio cimiteriale, quali le operazioni cimiteriali e la loro registrazione, le concessioni di spazi cimiteriali, la cremazione, l'illuminazione elettrica votiva;
 - c) nell'ambito della polizia mortuaria vengono ricomprese le attivita' autorizzatorie, di vigilanza e di controllo da parte degli enti competenti.
4. La Regione promuove l'informazione sulla cremazione e su forme di sepoltura di minore impatto per l'ambiente, nel rispetto dei diversi usi funerari propri di ogni comunita'.

Art. 2 (Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:
 - a) incaricato al trasporto funebre: persona fisica titolare o dipendente, incaricata di pubblico servizio, appartenente ad impresa funebre preventivamente autorizzata ad eseguire il trasporto di feretri;
 - b) attivita' funebre: servizio che comprende ed assicura le seguenti prestazioni:
 - 1) disbrigo delle pratiche amministrative inerenti il decesso su mandato dei familiari;
 - 2) fornitura di casse mortuarie ed altri articoli funebri;
 - 3) preparazione del cadavere e confezionamento del feretro;
 - 4) trasporto di salma, di cadavere, di prodotti abortivi, di ossa e di ceneri secondo le modalita' indicate nella presente legge;
 - 5) recupero di cadaveri o resti mortali su disposizione dell'autorita' giudiziaria da luoghi pubblici o privati;
 - c) autofunebre: mezzo mobile autorizzato ad uso specifico per il trasporto di salme o cadaveri;
 - d) autopsia: accertamento delle cause e dei mezzi che hanno determinato la morte o di altri fatti riguardanti il cadavere, disposto dall'autorita' giudiziaria;
 - e) bara o cassa: contenitore destinato a contenere un cadavere;
 - f) cadavere: corpo umano privo delle funzioni vitali di cui sia stata accertata la morte;
 - g) casa funeraria: edificio indipendente (terratetto) dove assicurare le attivita' proprie delle sale del commiato, l'osservazione del cadavere, i trattamenti conservativi, i trattamenti di tanatocosmesi e la custodia e l'esposizione della salma e del cadavere;
 - h) cassetta resti ossei: contenitore di ossa o resti mortali assimilabili;
 - i) ceneri: prodotto della cremazione di un cadavere, di ossa o di resti mortali assimilabili o di esiti di fenomeni cadaverici trasformativi-conservativi;
 - j) cinerario: luogo destinato alla conservazione delle ceneri;

- k) cimitero: luogo di conservazione permanente di spoglie umane e di memoria storica per la collettività;
- l) cofano - contenitore per trasporto salma: contenitore dotato di adeguata resistenza meccanica per il trasporto di una salma, atto ad impedirne la vista esterna e dotato di sistemi di garanzia contro la percolazione dei liquidi cadaverici, non a chiusura ermetica;
- m) cofano - contenitore di zinco: rivestimento, di norma interno alla bara, da utilizzare in caso di tumulazione;
- n) colombaro o loculo o tumulo: vano di adeguate dimensioni per la collocazione di un feretro, una o piu' urne cinerarie, una o piu' cassette di resti ossei;
- o) cremazione: riduzione in ceneri del feretro o del contenitore di parti anatomiche riconoscibili o dell'esito di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi o di ossa;
- p) deposito di osservazione: luogo nel quale mantenere una salma, per evidenziarne eventuali segni di vita, per la durata del periodo di osservazione;
- q) dispersione: versamento del contenuto di un'urna cineraria in un luogo all'interno del cimitero, sia all'aperto che al chiuso, o all'esterno del cimitero, in natura;
- r) esiti di fenomeni cadaverici trasformativi: trasformazione di cadavere o parte di esso in adipocera, mummificazione, corificazione;
- s) feretro: bara contenente il cadavere, gia' chiusa secondo le modalita' previste in relazione alla destinazione finale (inumazione, tumulazione o cremazione);
- t) impresa funebre o di onoranze o pompe funebri: soggetto esercente l'attivita' funebre;
- u) inumazione: sepoltura del feretro nella nuda terra;
- v) medico curante: medico che ha assistito il defunto nel decorso diagnosticoterapeutico preliminare al decesso;
- w) obitorio: luogo nel quale mantenere in osservazione e custodire una salma, in attesa di procedere ad indagini autoptiche o in attesa del riconoscimento, o la salma di persona deceduta in luoghi pubblici o in abitazioni antighieniche;
- x) operatore funebre o necroforo: persona che effettua operazioni correlate all'attivita' funebre;
- y) ossa: prodotto della scheletrizzazione di un cadavere;
- z) ossario comune: ossario destinato alla conservazione indistinta di ossa;
- aa) resti mortali: esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi risultanti dall'incompleta scheletrizzazione di un cadavere per effetto di mummificazione, saponificazione, corificazione, decorso il periodo di ordinaria inumazione o tumulazione;
- bb) riscontro diagnostico: accertamento delle cause di morte ai fini esclusivamente sanitari ed epidemiologici;
- cc) sala del commiato: luogo dove ricevere e tenere in custodia per brevi periodi nonche' esporre il feretro sigillato per la celebrazione di riti di commemorazione e di commiato;
- dd) salma: corpo inanimato di una persona fino all'accertamento della morte;
- ee) tanatocosmesi: trattamento estetico della salma per migliorarne l'aspetto, da attuare senza ostacolare eventuali manifestazioni vitali;
- ff) traslazione: operazione di trasferimento di feretro interna o esterna al cimitero, da una sepoltura ad un'altra;
- gg) tumulazione: sepoltura in loculo, nicchia, tomba di famiglia, di feretro, cassetta di resti ossei o urna cineraria;
- hh) urna cineraria: contenitore di ceneri.

Note all'art. 2:

Articolo cosi' modificato dall'[art. 35, comma 1, lett. a\), b\) e c\), L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

TITOLO II

FUNZIONI E DISCIPLINA DEI SERVIZI PUBBLICI IN AMBITO NECROSCOPICO E CIMITERIALE

Capo I

Funzioni regionali

Art. 3

(Funzioni della Regione)

1. Al fine di garantire un trattamento adeguato, rispettoso e uniforme sull'intero territorio regionale della persona defunta, delle ceneri derivanti da cremazione e delle ossa umane, a garanzia dei diritti essenziali della popolazione e della tutela delle condizioni igienicosanitarie, la Regione, nelle materie disciplinate dalla presente legge, esercita le funzioni di indirizzo e coordinamento nei confronti dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali, che sono tenuti a fornire alla Regione le necessarie informazioni.
2. La Regione, d'intesa con l'ANCI e le associazioni di categoria, promuove l'adozione del codice deontologico delle ditte individuali e delle societa' che svolgono attivita' funebre.

Art. 4

(Poteri sostitutivi)

1. Con riferimento alle funzioni e ai compiti spettanti ai Comuni, in caso di accertata inattività che comporti inadempimento a quanto previsto dalla presente legge, il Presidente della Giunta regionale, su proposta del componente la Giunta competente per materia, assegna all'Ente inadempiente un congruo termine per provvedere.
2. Decorso inutilmente tale termine, il Presidente della Regione, sentito il soggetto inadempiente, nomina un Commissario che provvede in via sostitutiva.
3. Le spese relative all'attività del Commissario sono poste a carico dell'ente inadempiente.

Capo II**Funzioni e compiti dei Comuni**

Art. 5

(Norme in materia di cimiteri)

1. Il Comune assicura la sepoltura o la cremazione dei cadaveri delle persone residenti e di quelle decedute nel proprio territorio, tramite la realizzazione, anche in associazione con altri Comuni, di cimiteri e di crematori.
2. I cimiteri devono essere collocati alla distanza di almeno 200 metri dal centro abitato.
3. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, si applicano le norme contenute nel titolo VI del R.D. 27.7.1934, n. 1265 (Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie).
4. L'area cimiteriale deve essere delimitata da idonea recinzione. L'area di rispetto lungo il perimetro cimiteriale deve essere definita considerando:
 - a) la necessità di dotazione di parcheggi e servizi per i frequentatori;
 - b) l'eventuale necessità di ampliamento;
 - c) l'eventuale presenza di servizi o impianti tecnologici all'interno del cimitero e le conseguenti distanze di tutela;
 - d) il rispetto delle attività di culto.
5. In ogni cimitero sono presenti almeno:
 - a) un campo di inumazione;
 - b) un campo di inumazione speciale;
 - c) una camera mortuaria;
 - d) un ossario comune;
 - e) un cinerario comune.
6. In relazione alle richieste della popolazione e secondo le tradizioni locali, nel cimitero sono realizzati:
 - a) loculi per la tumulazione di feretri;
 - b) celle per la conservazione di cassette ossario;
 - c) celle per la conservazione di urne cinerarie;
 - d) uno spazio per la dispersione delle ceneri.
7. La camera mortuaria è il luogo destinato alla sosta dei feretri prima della sepoltura o della cremazione.
8. L'ossario comune è il luogo destinato alla raccolta delle ossa completamente mineralizzate provenienti dalle esumazioni ed estumulazioni nel caso in cui non siano richieste dai familiari per la collocazione in altra sepoltura.
9. Il cinerario comune è destinato alla raccolta delle ceneri nel caso in cui non siano richieste dai familiari per altra collocazione.

Art. 6

(Funzioni dei Comuni e gestione dei servizi in ambito necroscopico e cimiteriale)

1. Fermo restando quanto previsto dalla normativa statale e regionale i Comuni, in forma singola o associata, esercitano le funzioni ad essi conferite in ambito necroscopico e cimiteriale attraverso apposito regolamento da adottarsi entro 120 giorni dalla pubblicazione della presente legge; in caso di accertata inerzia trova applicazione l'art. 4.
2. In particolare il regolamento di polizia mortuaria:
 - a) stabilisce l'ubicazione, le condizioni di esercizio e di utilizzo dei cimiteri, delle strutture obitoriali, e delle case funerarie;
 - b) definisce i turni di rotazione dei campi di inumazione e le procedure di trattamento del terreno volte a favorire i processi di mineralizzazione;
 - c) fissa le modalità e la durata delle concessioni e le tariffe delle sepolture private;
 - d) disciplina le attività funebri e le condizioni di esercizio del servizio di trasporto funebre in applicazione delle disposizioni regionali;
 - e) fissa le prescrizioni relative all'affidamento e alle caratteristiche delle urne cinerarie;
 - f) stabilisce le caratteristiche della camera mortuaria, dell'ossario comune, del cinerario comune e delle sepolture per inumazione e per tumulazione.

3. I servizi in ambito necroscopico e cimiteriale sono gestiti nelle forme previste dalla vigente legislazione in materia di servizi pubblici locali con modalita' che garantiscano comunque il pieno soddisfacimento delle esigenze della popolazione, soprattutto nel rispetto sempre dei principi di equita' e decoro.
4. I servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche, di quelle private accreditate e dei cimiteri non possono essere gestiti da soggetti esercenti, nemmeno per il tramite di societa' controllate o collegate, l'attivita' funebre di cui al titolo IV. Le gestioni che risultano essere in contrasto con la presente disposizione cessano decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.
5. I Comuni provvedono a garantire l'accesso dei cittadini alle informazioni necessarie per la fruibilita' dei servizi pubblici e privati in ambito funerario, con particolare riguardo agli aspetti economici ed alle diverse pratiche funerarie consentite dall'ordinamento.
6. Ai Comuni sono attribuite le funzioni autorizzatorie per l'apertura delle case funerarie di cui all'articolo 37, secondo le procedure di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 160](#) (Regolamento per la semplificazione ed il riordino della disciplina sullo sportello unico per le attivita' produttive, ai sensi dell'articolo 38, comma 3, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133). I Comuni, inoltre, individuano negli strumenti urbanistici locali le aree in cui limitare od escludere la realizzazione delle case funerarie.
7. I Comuni provvedono a formare adeguatamente il personale addetto alle operazioni cimiteriali e il responsabile del servizio di custodia cimiteriale sugli aspetti concernenti gli adempimenti previsti dallo specifico ruolo definito dalla presente legge.
8. Fermo restando il generale divieto di seppellimento di cadavere, resti mortali o ossa umane al di fuori dei cimiteri e delle cappelle private familiari, il Comune puo' autorizzare, di volta in volta, sentita l'Azienda Unita' sanitaria locale (ASL) territorialmente competente, la sepoltura di cadavere, di resti mortali, di ceneri o di ossa umane in altri luoghi, quando concorrano giustificati motivi di speciali onoranze e la sepoltura avvenga con le garanzie stabilite dalla normativa vigente.
9. Il Comune assicura il trasporto funebre in caso di indigenza del defunto o di stato di bisogno della famiglia o di disinteresse da parte dei familiari. In caso di disinteresse da parte dei familiari resta fermo l'obbligo di recupero delle spese sostenute dal Comune a carico degli aventi causa. Il Comune assicura, altresì, il servizio di raccolta e di trasferimento all'obitorio dei deceduti sulla pubblica via o in luogo pubblico.
10. La vigilanza ed il controllo sull'osservanza delle disposizioni contenute nella presente legge spettano al Comune, che si avvale, per gli aspetti igienico-sanitari, dell'Azienda Unita' sanitaria locale territorialmente competente e che adotta le dovute misure organizzative interne.

Note all'art. 6:

Articolo gia' modificato dall'[art. 1, comma 1, L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#), poi cosi' modificato dall'[art. 35, comma 2, lett. a\) e b\), L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

TITOLO III NORME DI POLIZIA MORTUARIA

Capo I Adempimenti e trattamenti conseguenti alla morte

Art. 7 (Organizzazione delle attivita' di medicina necroscopica)

1. Le strutture di Medicina Legale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) garantiscono le funzioni di coordinamento, di consulenza e di supervisione delle attivita' di medicina necroscopica, definendo le procedure di espletamento dell'attivita' stessa. Tali strutture intervengono in particolare nei casi di morte improvvisa o per cause ignote e provvedono, altresì, al riscontro diagnostico, nelle evenienze in cui sia necessario accertare le cause di morte in soggetti giunti cadavere in ospedale, deceduti sulla pubblica via, a domicilio senza assistenza medica, o comunque deceduti fuori dall'ospedale, e negli altri casi per i quali si renda necessario l'accertamento.
2. La funzione di medico necroscopo e' svolta dai medici dipendenti delle strutture di Medicina Legale, del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti Sanitari di Base delle ASL, al fine di assicurare la tempestivita' e l'ottimale distribuzione del servizio.
3. Tutte le funzioni attribuite al "coordinatore sanitario" della ASL nel [decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990](#) (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria), si intendono trasferite al Responsabile del Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanita' Pubblica del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, che vi assolve attraverso l'organizzazione propria del servizio, con esclusione della proposta di ridurre il periodo di osservazione ([art. 10 del D.P.R. 285/1990](#)) che compete invece al medico necroscopo.

Art. 8

(Dichiarazione, accertamento di morte e denuncia delle cause di morte)

- 1 Dopo la dichiarazione e l'avviso di morte secondo le modalita' stabilite dalle norme sull'ordinamento di stato civile, l'accertamento di morte e' effettuato:
 - a) dal Direttore sanitario o da un medico suo delegato, qualora il decesso avvenga in struttura sanitaria e la salma non sia trasferita ad altra struttura per il periodo di osservazione;
 - b) dal medico incaricato delle funzioni di necroscopo dalla ASL territorialmente competente, in caso di decesso in abitazione privata o in altro luogo, comprese le strutture residenziali socio-sanitarie o socio-assistenziali.
2. L'accertamento di morte e' effettuato dal medico necroscopo non prima di quindici ore dal decesso, salvo i casi previsti dagli articoli 8, 9 e 10 del [D.P.R. 285/1990](#), e comunque non oltre le 30 ore.
3. Il medico necroscopo, contestualmente all'accertamento di morte, rilascia il nulla osta al trasporto di cui al capo II del titolo III e alla sepoltura.
4. La denuncia delle cause di morte e' effettuata, secondo le modalita' e i flussi informativi previsti dalla normativa nazionale vigente, entro ventiquattro ore dall'accertamento del decesso.
5. La denuncia delle cause di morte e' effettuata dal medico curante il quale provvede a compilare la scheda di morte Istat.
6. Qualora il medico curante non sia reperibile, la denuncia delle cause di morte e' effettuata dal medico necroscopo sulla base di adeguata e comprovante documentazione sanitaria da cui si possa evincere la malattia o l'evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto al decesso, con compilazione della relativa scheda di morte Istat.
7. In caso di riscontro diagnostico o autopsia, la denuncia delle cause di morte e' effettuata dal medico che esegue detti accertamenti.

Art. 9

(Decesso per malattia infettiva e diffusiva)

1. Il medico, che nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 2, 3 e 5 dell'art. 8, ritiene che la causa del decesso sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva ovvero sospetta di esserlo, deve comunque notificarla all'autorita' sanitaria competente, provvedendo altresì ad adottare, a tutela della salute pubblica, le misure che si rendono di volta in volta necessarie per limitarne la diffusione. Tali misure devono comunque essere coerenti con consolidate evidenze scientifiche e non comportano l'obbligatoria osservanza delle procedure di cui all'art. 18, comma 1, del D.P.R. 285/1990.
2. In ogni caso il personale addetto all'attivita' funebre e' tenuto ad utilizzare, indipendentemente dalla causa del decesso, adeguati mezzi di protezione per prevenire un eventuale contagio, al fine di evitare il contatto con liquidi biologici.

Art. 10

(Periodo di osservazione)

1. Il periodo di osservazione e' il periodo in cui il cadavere viene mantenuto in condizioni tali da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita e durante il quale viene assicurata adeguata sorveglianza.
2. Il periodo di osservazione decorre dal momento del decesso e scade dopo ventiquattro ore, salvo quanto previsto dall'[art. 8 del D.P.R. 285/1990](#).
3. Qualora si tratti di soggetti deceduti in luoghi pubblici o comunque in luoghi non idonei per lo svolgimento del periodo di osservazione, ovvero quando sia richiesto il riscontro diagnostico, l'autopsia o altro provvedimento disposto dall'autorita' giudiziaria, le salme sono trasportate presso le strutture sanitarie di ricovero pubbliche o accreditate o presso gli obitori comunali.
4. Il deposito di salme di cui al comma 3, e' gratuito e non puo' essere dato in gestione ad operatori pubblici o privati esercenti l'attivita' funebre.
5. A richiesta di almeno uno dei componenti del nucleo familiare del defunto, la salma puo' essere trasportata per lo svolgimento del periodo di osservazione, dal luogo del decesso:
 - a) alla sala del commiato;
 - b) all'obitorio o deposito di osservazione del Comune;
 - c) all'abitazione propria dei familiari;
 - d) alla casa funeraria.
6. Ai fini della presente legge, per nucleo familiare si intende la famiglia costituita dai coniugi e dai figli legittimi, legittimati, naturali, riconosciuti ed adottivi e dagli affiliati con loro conviventi. Fanno altresì parte del nucleo familiare gli ascendenti, i discendenti, i collaterali e gli affini fino al terzo grado.
7. L'impresa funebre che esegue il trasferimento comunica tempestivamente all'ufficiale di stato civile e al medico necroscopo la nuova sede ove il cadavere e' stato trasferito per l'osservazione.
8. Le spese per il trasporto della salma ai sensi del comma 5 sono a carico dei richiedenti.
9. Per motivi di interesse pubblico e in caso di eventi eccezionali, il Comune puo' disporre l'utilizzo di spazi presso strutture sanitarie, case funerarie, sale del commiato, obitori, per deporvi salme per il relativo periodo di

osservazione.

Art. 11

(Rinvenimento di cadavere, di resti mortali e di ossa umane)

1. Nel caso di rinvenimento di cadavere, di parti di cadavere, di resti mortali o di ossa umane, chi ne fa la scoperta informa immediatamente le Autorita' comunali che ne danno subito comunicazione all'autorita' giudiziaria, a quella di pubblica sicurezza e alla ASL.

Art. 12

(Prelievo di cornea a scopo di trapianto terapeutico e utilizzo di cadaveri per finalita' di studio)

1. Per consentire il prelievo di cornea presso l'abitazione in cui e' avvenuto il decesso di persona che abbia dichiarato la volonta' di donare gli organi, i congiunti o conviventi ne danno immediata comunicazione alla ASL.
2. Nel caso in cui la persona deceduta abbia disposto l'utilizzo del proprio cadavere per finalita' di studio, ricerca ed insegnamento, i congiunti o conviventi ne danno comunicazione all'ufficiale di stato civile, che rilascia l'autorizzazione al trasporto, previo assenso e a spese dell'istituto ricevente.

Art. 13

(Requisiti degli obitori cimiteriali o di presidi ospedalieri)

1. Gli obitori cimiteriali o di presidi ospedalieri devono rispettare i requisiti minimi strutturali, impiantistici e di attrezzature previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale.
2. La vigilanza sui requisiti igienico-sanitari degli obitori e sulla loro funzionalita' compete al Direttore Sanitario di Presidio, in caso di obitorio ospedaliero, ovvero al responsabile del Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanita' Pubblica delle ASL, qualora l'obitorio abbia una sede extraospedaliera.

Art. 14

(Imbalsamazione)

1. I trattamenti di imbalsamazione del cadavere possono essere richiesti dai coniugi, dai figli legittimi, legittimati, naturali, riconosciuti ed adottivi ovvero dagli ascendenti, discendenti, collaterali e affini fino al terzo grado e possono iniziare solo dopo che sia stata rilasciata l'autorizzazione da parte dell'Autorita' comunale, previo parere della ASL, Servizio di Medicina Legale e Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanita' Pubblica, non prima che sia trascorso il periodo di osservazione della morte.
2. La richiesta di autorizzazione all'imbalsamazione viene presentata al Comune e alla ASL competente per territorio. Deve essere corredata dalla dichiarazione di un medico, legalmente abilitato all'esercizio professionale, incaricato dell'operazione, che indica il procedimento che intende utilizzare, il luogo e l'ora in cui la effettuera'. Deve essere inoltre corredata dal certificato del medico necroscopo e dal certificato del medico curante che esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato.
3. I Servizi di Medicina Legale e di Igiene, Epidemiologia e Sanita' Pubblica della ASL, rilasciano il parere di competenza e assicurano la vigilanza sulle operazioni.
4. Sono vietate le operazioni di imbalsamazione sui cadaveri portatori di radioattivita' o di malattie infettive.

Art. 15

(Tanatocosmesi)

1. I trattamenti di tanatocosmesi possono essere eseguiti su richiesta dei familiari trascorso il periodo di osservazione di cui all'art. 10 e dopo l'effettuazione della visita necroscopica di cui all'art. 8.

Capo II

Trasporto funebre

Art. 16

(Trasferimento di salma)

1. Il trasferimento di salma e' previsto:
 - a) nei casi di decesso in luoghi pubblici e decesso in abitazioni inadatte per l'osservazione;
 - b) su richiesta dei componenti il nucleo familiare di cui al comma 6 dell'art. 10, per trasferimento presso luogo di osservazione diverso dal luogo del decesso.
2. Qualora il decesso avvenga in abitazioni non idonee per l'osservazione o in luoghi pubblici, la salma deve essere trasportata presso il deposito di osservazione o l'obitorio comunale ([art. 12 D.P.R. 285/1990](#)) o presso il servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate. Su richiesta dei componenti il nucleo familiare la salma puo' essere trasportata con oneri a carico dei richiedenti presso le strutture di cui al comma 5 dell'art. 10.
3. Il trasporto della salma da un'abitazione non idonea e' disposto dal medico che presenta la denuncia delle cause di morte o dal medico necroscopo.

4. Su richiesta di almeno uno dei componenti del nucleo familiare di cui al comma 6 dell'articolo 10, il Direttore sanitario dell'Ospedale dove e' avvenuto il decesso puo' autorizzare il trasporto di una salma dalla struttura sanitaria alle case funerarie, all'obitorio comunale, alla propria abitazione; l'autorizzazione viene rilasciata previa valutazione delle condizioni della salma, in rapporto alla distanza da percorrere e al luogo da raggiungere. In caso di decesso all'interno di una Struttura sanitaria (R.S.A., R.A.) l'autorizzazione sanitaria al trasferimento di salma puo' essere rilasciata dal Direttore medico della struttura; resta fermo il successivo accertamento della morte da effettuarsi dopo la quindicesima ora da parte del medico necroscopo competente per territorio.
5. Su richiesta di almeno uno dei componenti del nucleo familiare di cui al comma 6 dell'articolo 10, il medico necroscopo puo' autorizzare il trasporto di una salma dall'abitazione in cui e' avvenuto il decesso alla casa funeraria o all'obitorio comunale; l'autorizzazione viene rilasciata dal medico necroscopo che, in tal caso, interviene anche prima delle quindici ore ovvero da altro medico, dipendente o convenzionato SSN (Medico di Medicina Generale, Medico di Continuita' Assistenziale, Medico del 118), nella piena responsabilita' di tale atto; resta fermo il successivo accertamento della morte da effettuarsi dopo la quindicesima ora da parte del medico necroscopo competente per territorio.
6. Durante il trasporto di cui ai commi precedenti, la salma deve essere riposta in un contenitore impermeabile, non sigillato, in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica. Il trasporto deve essere effettuato con idonea auto funebre da personale qualificato, che redige un apposito verbale.
7. Salvo il caso di trasporto in abitazione privata, il Responsabile della Struttura ricevente o suo delegato registra l'accettazione della salma, con l'indicazione del luogo di partenza, dell'orario di arrivo, dell'addetto al trasporto e trasmette tali informazioni al Comune cui e' destinata la salma e alla ASL competente per territorio.
8. Se la salma viene trasportata in un Comune diverso da quello in cui e' avvenuto il decesso, purché nell'ambito della Regione Abruzzo, i soggetti di cui ai commi 3, 4 e 5 che rilasciano l'autorizzazione devono darne comunicazione, unitamente ad una copia della denuncia delle cause di morte, al Comune a cui e' destinata la salma e alla ASL competente per territorio.

Note all'art. 16:

Articolo così' modificato dall'[art. 35, comma 3, lett. a\) e b\), L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 17
(Trasporto di cadavere)

1. Costituisce trasporto di cadavere il suo trasferimento dal luogo del decesso o del rinvenimento all'obitorio, alla camera mortuaria, alle case funerarie, alle sale del commiato, al luogo prescelto per le onoranze compresa l'abitazione privata, al cimitero o al crematorio o dall'uno all'altro di questi luoghi. Qualora il trasporto di un cadavere avvenga dopo l'accertamento delle cause di morte, ma prima del termine del periodo di osservazione, il trasporto deve avvenire con le medesime modalita' indicate per le salme di cui al comma 6 dell'articolo 16.
2. Il trasporto di cadavere e' autorizzato, ove possibile, con unico provvedimento valevole per tutti i trasferimenti sopraindicati, dal Comune ove e' avvenuto il decesso, previa comunicazione al Comune di destinazione, qualora il trasporto sia verso un altro Comune. Il Comune deve acquisire il nulla osta al trasporto rilasciato dal medico necroscopo nello svolgimento delle funzioni di cui all'art. 8.
3. Ogni cadavere, trascorso il periodo di osservazione di cui all'art. 10, qualunque sia la sua destinazione, e' chiuso in cassa individuale; la madre e il neonato, deceduti in concomitanza del parto, possono essere chiusi nella stessa cassa.
4. Il cadavere deve essere collocato in una bara avente i requisiti richiesti in relazione al tipo di trasporto e al destino del feretro; il trasporto deve avvenire mediante l'utilizzo di idonea auto funebre e deve essere effettuato da personale qualificato, nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.
5. L'esatto adempimento delle procedure di chiusura e di confezionamento dei feretri e' delegato all'incaricato del trasporto. L'incaricato redige un verbale dell'operazione eseguita e dichiara l'identita' del defunto e il corretto adempimento di tutte le procedure previste dalla legge, in riferimento al tipo di trasporto e al destino del feretro. Il predetto verbale costituisce documento di accompagnamento del feretro, unitamente ai decreti di autorizzazione del Comune dove e' avvenuto il decesso, per il trasporto, il seppellimento o la cremazione. In una copia del predetto verbale deve essere annotato il ricevimento del feretro da parte del servizio di custodia cimiteriale in caso di sepoltura.
6. In caso di trasporto di cadaveri all'estero si applicano le norme vigenti (artt. 27 e 29 [D.P.R. 285/1990](#)).
7. I trattamenti antiputrefattivi sono disciplinati dal medico necroscopo; sono eseguiti sotto la sua responsabilita' e vigilanza e devono essere limitati ai casi di effettiva necessita'.
8. Nel caso il cadavere debba essere cremato o inumato, l'obbligo della doppia cassa di cui all'[art. 30 del DPR 285/1990](#) puo' essere assolto con l'utilizzo di un involucro di materiale biodegradabile, da porre all'interno della

cassa di legno, che garantisca l'impermeabilit  del fondo del feretro per un periodo sufficiente all'assolvimento della pratica funeraria prescelta.

Note all'art. 16:

Articolo cos  modificato dall'[art. 35, comma 4, L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 18

(Trasporto di resti mortali)

1. Il trasporto di ossa umane e di resti mortali assimilabili non e' soggetto a particolari prescrizioni igienico-sanitarie.
2. Il trasporto di ossa umane e di resti mortali assimilabili deve essere autorizzato dal Comune competente per territorio.
3. Il trasporto di parti anatomiche per la sepoltura in cimitero o la cremazione deve essere sottoposto al nulla osta della ASL competente per territorio e autorizzato dal Comune.

Art. 19

(Prodotti del concepimento)

1. L'ASL rilascia il nulla osta al trasporto, al seppellimento o alla cremazione dei prodotti del concepimento e dei prodotti abortivi non dichiarati come nati morti dall'ufficiale dello stato civile, per i quali i genitori chiedono la sepoltura nel cimitero o la cremazione.
2. Il Comune autorizza il trasporto di cui al comma 1.
3. Il trasporto di cui al comma 1 puo' essere effettuato a cura dei familiari con mezzi propri.

Art. 20

(Vigilanza igienico sanitaria)

1. Il Comune deve comunicare tempestivamente al Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanita' Pubblica della ASL competente per territorio via fax, per posta elettronica o telefonicamente, tutte le autorizzazioni al trasporto rilasciate.
2. Ai fini di quanto disposto dagli articoli 16, 17, 18, 19 e' escluso dalla nozione di trasporto di salma o di cadavere il trasferimento della salma nell'ambito della medesima struttura sanitaria in cui e' avvenuto il decesso. Tale trasporto non puo' essere svolto da personale dipendente, a qualsiasi titolo, da un soggetto esercente l'attivita' funebre.

Art. 21

(Requisiti dei mezzi di trasporto funebre e delle rimesse)

1. Le autofunebri destinate al trasporto di salme e cadaveri su strada, sono rivestite internamente, nel comparto destinato al feretro, che deve essere nettamente separato dal posto di guida del conducente, da idoneo materiale impermeabile, facilmente sanificabile e disinfettabile, e sono attrezzate in modo da impedire che il feretro si sposti durante il trasporto.
2. Le rimesse devono essere in possesso di specifica certificazione di agibilita' e devono essere dotate delle attrezzature e dei mezzi per la pulizia e la disinfezione delle auto funebri.
3. L'ASL nel cui ambito territoriale ha sede la rimessa, previa verifica della sussistenza dei requisiti di cui ai commi 1 e 2, rilascia al proprietario dell'autofunebre il libretto di idoneita', in cui e' indicata anche la rimessa di abituale deposito.
4. Il proprietario dell'autofunebre trasmette annualmente alla ASL che ha rilasciato il libretto di cui al comma 3, un'autocertificazione sulla continuita' del rispetto e mantenimento dei requisiti previsti e sul permanere del luogo di abituale rimessaggio, e ne allega copia al libretto di idoneita'.

Art. 22

(Trasporto funebre tra Stati)

1. I trasporti funebri da o per uno degli Stati aderenti all'accordo stipulato in Berlino il 10 febbraio 1937, approvato e reso esecutivo in Italia con Regio Decreto 1 luglio 1937, n. 1379 (Approvazione dell'accordo internazionale concernente il trasporto delle salme, stipulato in Berlino il 10 febbraio 1937), sono soggetti all'osservanza delle prescrizioni sanitarie previste da detto accordo.
2. I cadaveri devono essere accompagnati dal passaporto mortuario previsto dall'accordo di cui al comma 1, tale passaporto e' rilasciato, per l'estradizione dal territorio nazionale, dal Comune di partenza e per l'introduzione nel territorio nazionale, dall'autorita' del luogo da cui il cadavere viene estradato.
3. Per l'introduzione di cadaveri provenienti da uno degli Stati non aderenti all'accordo di cui al comma 1, l'interessato alla traslazione presenta all'autorita' consolare italiana apposita domanda corredata dalla documentazione definita dal

Ministero della Salute. Il Comune dove e' diretto il cadavere concede l'autorizzazione informando l'autorita' consolare.

4. Per l'estradizione, l'autorizzazione e' rilasciata dal Comune di partenza, previo nulla osta dell'Autorita' consolare dello Stato verso il quale il cadavere e' diretto. Le caratteristiche della cassa, come definite dalle disposizioni nazionali ai fini del trasporto all'estero, sono certificate dalla ASL.

Capo III

Inumazioni, tumulazioni, esumazioni ed estumulazioni cimiteriali

Art. 23

(Diritto di sepoltura)

1. Nei cimiteri devono essere ricevuti quando non venga richiesta altra destinazione:
 - a) i cadaveri delle persone morte nel territorio comunale qualunque ne fosse in vita la residenza;
 - b) i cadaveri delle persone morte fuori comune, ma aventi in esso in vita la residenza;
 - c) i cadaveri delle persone non residenti in vita nel comune e morti fuori di esso ma aventi diritto al seppellimento nel cimitero del comune scelto dai famigliari del defunto;
 - d) i nati morti e i prodotti del concepimento;
 - e) i resti mortali delle persone sopra elencate.

Note all'art. 23:

Articolo cosi' sostituito dall'[art. 2](#), comma 1, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#). Vedi il [testo originario](#).

Art. 24

(Identificazione della sepoltura)

1. Ogni feretro e' inumato in fossa distinta o tumulato in loculo distinto.
2. Ogni sepoltura, sia in caso d'inumazione che in caso di tumulazione, e' dotata di un sistema di identificazione resistente agli agenti atmosferici.

Art. 25

(Autorizzazione all'inumazione e tumulazione)

1. L'autorizzazione all'inumazione o alla tumulazione di cadaveri e nati morti e' rilasciata secondo la vigente normativa statale.
2. In caso di amputazione, le parti anatomiche riconoscibili sono avviate alla sepoltura secondo le modalita' indicate dal Comune ove avviene la sepoltura, previo nulla osta della ASL.
3. Per i prodotti abortivi di eta' gestazionale fino a ventotto settimane complete e per i feti che abbiano presumibilmente compiuto ventotto settimane di vita intrauterina e non siano stati denunciati come nati morti, si procede nel seguente modo:
 - a) i genitori sono informati dalla Direzione Sanitaria della struttura ospedaliera della possibilita' di richiedere la sepoltura;
 - b) qualora non venga avanzata la richiesta di sepoltura, si provvedera' in analogia a quanto disposto per le parti anatomiche riconoscibili.

Art. 26

(Esumazione ed estumulazione ordinarie)

1. Le esumazioni ordinarie si eseguono dopo dieci anni dall'inumazione, sono eseguibili in qualsiasi periodo dell'anno e non richiedono la presenza di operatori sanitari.
2. Le estumulazioni ordinarie si eseguono allo scadere della concessione del loculo, sono eseguibili in qualsiasi periodo dell'anno e non richiedono la presenza di operatori sanitari.
3. Le operazioni di esumazione ed estumulazione ordinaria sono regolate dal Comune nel rispetto della presente legge attraverso il regolamento di cui all'art. 6.
4. Il Comune invia il piano annuale dei turni di rotazione delle operazioni di esumazione ed estumulazione alla ASL competente per territorio.
5. Durante le operazioni di esumazione ed estumulazione il responsabile del servizio di custodia cimiteriale vigila sugli aspetti igienico-sanitari, richiede prontamente l'intervento del personale della ASL in caso di necessita', redige un verbale e provvede ad annotarle nel registro previsto al comma 2 dell'[art. 52 del D.P.R. 285/1990](#).
6. In caso di esumazione ordinaria i resti mortali possono essere raccolti in una cassetta di zinco per essere collocati in un loculo o in un colombaio, oppure possono essere collocati nell'ossario comune.

-
7. In caso di estumulazione allo scadere della concessione e' consentita la riduzione, con successiva ritumulazione (previa raccolta in una cassetta di zinco) o collocazione nell'ossario comune, esclusivamente quando sia accertata la completa mineralizzazione da parte del responsabile del servizio di custodia cimiteriale; qualora la mineralizzazione risulti incompleta, il responsabile del servizio di custodia cimiteriale dispone l'inumazione per cinque anni al fine di consentire la completa mineralizzazione.

Art. 27

(Esumazione ed estumulazione straordinarie)

1. In caso di esumazione o estumulazione straordinaria disposta dall'Autorita' giudiziaria, l'operazione si svolge alla presenza del responsabile del servizio di custodia cimiteriale del Comune, nel rispetto delle indicazioni impartite dalla stessa Autorita' giudiziaria; le operazioni disposte dall'Autorita' giudiziaria devono essere effettuate all'interno delle strutture obitoriali. Il personale sanitario della ASL assiste alle operazioni solo su espressa richiesta dell'Autorita' giudiziaria.
2. In caso di esumazioni o estumulazioni straordinarie autorizzate dal Comune per consentire la traslazione del feretro in altra sepoltura o la cremazione, non e' richiesto il parere preventivo della ASL. Le operazioni si svolgono alla presenza del responsabile del servizio di custodia cimiteriale che vigila sugli aspetti igienico-sanitari, richiede l'intervento del personale della ASL in caso di necessita', redige un verbale e le annota sul registro previsto dal comma 2 dell'[art. 52 del D.P.R. 285/1990](#).
3. Le esumazioni straordinarie sono vietate nel periodo ricompreso tra il primo maggio e il trenta settembre. Qualunque sia la successiva destinazione, il feretro esumato deve essere collocato in una cassa metallica a meno che non risulti perfettamente integro. La cassa metallica verra' poi eliminata in caso di cremazione o inumazione in altra fossa.
4. Le estumulazioni straordinarie per traslazione in altra sepoltura o per successiva cremazione si possono effettuare in qualunque mese dell'anno; il feretro, qualunque sia la successiva destinazione, viene collocato in una cassa metallica, a meno che il responsabile del servizio di custodia cimiteriale non ne accerti la perfetta tenuta; la cassa metallica verra' poi eliminata in caso di cremazione o inumazione in altra fossa.
5. Qualora la richiesta di estumulazione straordinaria riguardi una sepoltura superiore a venti anni, e sia orientata al recuperiutilizzo del loculo, si provvede all'inumazione del feretro per almeno cinque anni, al fine di consentire la completa mineralizzazione. Se durante l'operazione viene constatata la completa mineralizzazione da parte del responsabile del servizio di custodia cimiteriale, questi potra' disporre la raccolta dei resti.

Capo IV

Cremazione e destinazione delle ceneri

Art. 28

(Cremazione)

1. La cremazione consiste nella pratica funeraria che trasforma il cadavere, tramite un procedimento termico, in ceneri.
2. Ogni feretro e' avviato singolarmente alla cremazione.

Art. 29

(Autorizzazione alla cremazione)

1. L'autorizzazione alla cremazione e' rilasciata dall'Ufficiale dello stato civile del Comune nel cui territorio e' avvenuto il decesso, nel rispetto della volonta' espressa dal defunto o su richiesta dei coniugi, dei figli legittimi, legittimati, naturali, riconosciuti ed adottivi ovvero degli ascendenti, dei discendenti, dei collaterali e degli affini fino al terzo grado e previa acquisizione del certificato necroscopico, come previsto dall'[art. 3 della legge 30.3.2001, n. 130](#) recante "Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri".
2. Per la cremazione di resti mortali non e' necessaria la certificazione del medico necroscopo di cui al comma 1.
3. Il prelievo di campioni biologici ed annessi cutanei, previsto dall'art. 3, comma 1, lettera h), della legge 130/2001, finalizzato ad eventuali indagini per causa di giustizia, e' effettuato dal medico necroscopo nel luogo di osservazione, dopo l'accertamento di morte. Le modalita' di conservazione e custodia dei prelievi saranno individuate e stabilite con apposito regolamento interno a ciascuna ASL.

Note all'art. 29:

Al comma 3, le parole "nel luogo di osservazione, dopo l'accertamento di morte" sono state inserite dall'[art. 3](#), comma 1, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#).

Art. 30

(Crematori)

1. I crematori sono realizzati e gestiti nel rispetto della normativa statale ed europea in materia.
2. La Giunta regionale, entro il 31 dicembre 2022, adotta il Piano regionale di coordinamento per il rilascio delle autorizzazioni regionali alla realizzazione dei crematori da parte dei Comuni secondo i criteri di cui all'[articolo 6 della l. 130/2001](#), tenuto conto delle caratteristiche territoriali, della tutela della salute pubblica e della compatibilit  ambientale in conformita' al [decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152](#) (Norme in materia ambientale).
3. Nelle more della definizione delle norme tecniche per la realizzazione dei crematori di cui all'[articolo 8 della l. 130/2001](#), il Piano, oltre a quanto disposto dal comma 2, indica altresi':
 - a) i criteri territoriali, paesaggistici ed architettonici per la localizzazione degli impianti;
 - b) le norme tecniche per la realizzazione dei crematori relativamente agli impianti e agli ambienti tecnologici, nonche' ai materiali per la costruzione delle bare per la cremazione;
 - c) i sistemi tecnologici di tutela dell'aria dagli inquinanti che devono essere adottati nella realizzazione degli impianti;
 - d) i limiti alle emissioni in atmosfera;
 - e) l'adozione di una metodologia analitica per i controlli discontinui;
 - f) l'adozione del monitoraggio in continuo;
 - g) i sistemi di controllo della combustione;
 - h) l'adozione del monitoraggio delle deposizioni atmosferiche e delle emissioni diffuse.
4. Il Piano e' trasmesso al Consiglio regionale per l'approvazione.
5. Nelle more dell'approvazione del Piano di cui al comma 2, e' sospesa la realizzazione di nuovi impianti crematori.

Note all'art. 30:

Articolo cos  sostituito dall'[art. 36, comma 1, L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 31
(Espressione di volonta')

1. La manifestazione di volonta' del defunto relativamente alla cremazione ed alla dispersione delle ceneri avviene con le modalita' previste dall'[art. 3 della legge 130/2001](#).

Art. 32
(Registro per la cremazione)

1. E' istituito presso ogni Comune il registro per la cremazione.
2. Nel registro sono annotate le modalita' con cui il richiedente ha manifestato la propria volonta' di essere cremato.
3. Il richiedente puo' consegnare al funzionario incaricato l'atto contenente la volonta' di essere cremato, redatto secondo le forme prescritte dall'art. 602 del codice civile; a tale scopo il Comune predispone un modello di dichiarazione.
4. In qualsiasi momento il soggetto iscritto puo' richiedere la cancellazione delle annotazioni di cui al comma 2 oppure il ritiro dell'atto di cui al comma 3.

Art. 33
(Consegna e destinazione finale delle ceneri)

1. Le ceneri derivanti dalla cremazione sono raccolte in apposita urna cineraria ermeticamente chiusa con indicazione dei dati anagrafici del defunto e destinate al cinerario comune.
2. A richiesta, l'urna sigillata puo' essere consegnata agli aventi titolo per la conservazione in cimitero, per la conservazione in ambito privato o per la dispersione.
3. La consegna dell'urna cineraria risulta da apposito verbale che, redatto in triplice originale, indica la destinazione finale dell'urna. Un originale del verbale e' consegnato al responsabile del servizio cimiteriale, il secondo originale e' trasmesso all'ufficiale dello stato civile che ha rilasciato l'autorizzazione alla cremazione e il terzo e' consegnato all'affidatario dell'urna.
4. La conservazione delle urne cinerarie in cimitero puo' avvenire mediante collocazione nelle celle o mediante interrimento in spazi a cio' destinati. E' altresi' ammessa la collocazione all'interno di loculi o tombe assieme a feretri di congiunti ivi tumulati.
5. In caso di consegna dell'urna cineraria al coniuge o ad altro componente il nucleo familiare, all'esecutore testamentario o al rappresentante legale dell'associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri dei propri associati, nel registro di cui all'art. 32 sono annotati:
 - a) numero progressivo e data;
 - b) cognome, nome e dati anagrafici del defunto;
 - c) modalita' di espressione della volonta';
 - d) eventuale volonta' di dispersione delle ceneri con indicazione dei luoghi e delle modalita' prescelte;

- e) cognome, nome, dati anagrafici e firma dell'esecutore delle volonta' del defunto cui viene consegnata l'urna;
 - f) cognome, nome, timbro e firma dell'addetto alla tenuta del registro;
 - g) eventuali note aggiuntive previste dalla normativa cimiteriale vigente.
6. Qualsiasi variazione del luogo e del soggetto presso cui l'urna e' conservata e' comunicata al Comune che ha rilasciato l'autorizzazione.
7. Qualora il defunto non abbia individuato l'affidatario delle proprie ceneri oppure la persona incaricata della dispersione, la volonta' del defunto e' eseguita dalle seguenti persone:
- a) dal coniuge, ovvero, in difetto di questi, dal parente piu' prossimo, individuato secondo gli articoli 74 e seguenti del codice civile e, in caso di concorrenza di piu' parenti nello stesso grado, dalla maggioranza degli stessi;
 - b) dall'esecutore testamentario;
 - c) dal rappresentante legale di associazioni che abbiano tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri degli associati, qualora il defunto ne sia iscritto;
 - d) dal tutore di minore o interdetto;
 - e) in mancanza dei soggetti di cui alle lettere a), b), c), d), dal personale autorizzato dal Comune.

Art. 34
(Dispersione delle ceneri)

1. La dispersione delle ceneri, autorizzata dall'ufficiale dello stato civile ai sensi della [legge 130/2001](#), e' consentita:
- a) in aree a cio' appositamente destinate all'interno dei cimiteri;
 - b) in natura;
 - c) in aree private.
2. La dispersione delle ceneri in natura e' consentita nei seguenti luoghi:
- a) in montagna, a distanza di almeno duecento metri da centri ed insediamenti abitativi;
 - b) nei laghi, ad oltre cento metri dalla riva;
 - c) nei fiumi;
 - d) in mare;
 - e) in aree naturali ad una distanza di almeno duecento metri da centri ed insediamenti abitativi;
 - f) negli altri luoghi previsti dalla normativa statale.
3. La dispersione nei laghi, nei fiumi, in mare e in altri corsi d'acqua e' consentita nei tratti liberi da manufatti e da natanti.
4. La dispersione e' vietata nei centri abitati come definiti dall'[art. 3, comma 1, numero 8, del D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285](#) (Nuovo codice della strada).
5. E' fatto divieto ai proprietari di aree private, ai loro famigliari o aventi causa, di percepire alcun compenso o altra utilita' in relazione all'assenso alla dispersione.
6. La dispersione delle ceneri e' eseguita dai soggetti di cui al comma 7, dell'art. 33.
7. I soggetti di cui al comma 7, dell'art. 33 sono tenuti a comunicare al Comune di destinazione, con almeno dieci giorni di preavviso, la modalita' per la dispersione delle ceneri.
8. Qualora il soggetto incaricato della dispersione delle ceneri sia il legale rappresentante o personale di associazioni che abbiano tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri degli associati, deve consentire al coniuge o ai parenti del defunto di assistere alla dispersione.
9. Al di fuori dei cinerari comunali previsti nei cimiteri, e' vietata la dispersione delle ceneri in edifici o altri luoghi chiusi.
10. La dispersione in aree private deve avvenire all'aperto, con il consenso dei proprietari, e non puo' dare luogo ad attivita' aventi fini di lucro.
11. La dispersione delle ceneri deve in ogni caso essere eseguita in modo controllato, tale da non arrecare alcun danno e disturbo a soggetti terzi eventualmente presenti.
12. Vanno comunque rispettate le norme vigenti in materia di zone a tutela assoluta, zone di rispetto e zone di protezione, con particolare riferimento alle acque ad uso umano.

TITOLO IV
ATTIVITA' FUNEBRE

Art. 35
(Attivita' funebre)

1. Ai sensi della presente legge per attivita' funebre si intende un servizio che comprende e assicura in forma congiunta le seguenti prestazioni:
- a) disbrigo, su mandato dei familiari, delle pratiche amministrative inerenti il decesso;
 - b) fornitura di casse mortuarie e di altri articoli funebri in occasione di un funerale;
 - c) trasporto di salma, di cadavere, di ceneri e di ossa umane;
 - d) preparazione del cadavere e confezionamento del feretro;
 - e) recupero di cadaveri, su disposizioni dell'autorita' giudiziaria, da luoghi pubblici o privati.

2. I soggetti che intendono svolgere l'attività funebre presentano Segnalazione certificata di inizio attività (Scia), ai sensi dell'[art. 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241](#) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), al SUAP del Comune territorialmente competente. La Scia è corredata della documentazione e delle autocertificazioni in ordine al possesso dei requisiti di seguito individuati al comma 3.
3. I soggetti che intendono svolgere attività funebre devono possedere i seguenti requisiti:
- a) che l'attività funebre venga svolta nel rispetto delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
 - b) che dispongano di mezzi, risorse e organizzazione adeguati, fra cui:
 - 1) la disponibilità funzionale, documentata e certificata, di almeno un'auto funebre e di autorimesse per il ricovero di non meno di un'auto funebre, in possesso di specifica certificazione di agibilità dotata delle attrezzature e dei mezzi per la pulizia e la disinfezione delle auto funebri;
 - 2) la disponibilità di almeno una sede idonea alla trattazione degli affari amministrativi, ubicata nel Comune ove si presenta la Scia;
 - 3) personale in possesso di sufficienti conoscenze teorico-pratiche in attinenza alle specifiche mansioni svolte tra cui personale inquadrato nel rispetto delle norme nazionali sul mercato del lavoro;
 - 4) un responsabile della conduzione dell'attività funebre, che deve essere specificatamente individuato, anche coincidente col legale rappresentante dell'impresa; per l'apertura di ulteriori sedi commerciali i soggetti esercenti l'attività funebre devono disporre di un incaricato alla trattazione degli affari per ogni singola sede;
 - c) che le imprese che intendono svolgere il servizio di trasporto funebre in modo disgiunto dall'attività di onoranza funebre presentino al Comune la Scia prevista al comma 2 e si uniformino, per le caratteristiche dei mezzi da utilizzare, delle rimesse e del personale, a quanto previsto per l'esercente l'attività funebre.
4. Al fine del mantenimento del requisito di cui al punto 3, della lettera b), del comma 3, le imprese esercenti l'attività funebre hanno l'obbligo di far frequentare al proprio personale specifiche giornate formative della durata complessiva non inferiore a ventiquattro ore secondo le modalità, i tempi ed il programma stabiliti con atto della Giunta regionale, da adottarsi entro novanta giorni dalla pubblicazione della presente legge sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo; la partecipazione alle giornate formative dà diritto al rilascio di un attestato di frequenza.
5. È vietato l'esercizio di intermediazione nell'attività funebre. L'attività funebre di tipo commerciale deve essere tassativamente svolta al di fuori delle strutture sanitarie pubbliche o private, dei locali di osservazione delle salme e delle aree cimiteriali.
6. L'attività funebre è incompatibile con la gestione del servizio cimiteriale e del servizio obitorioale; è invece compatibile con la gestione delle case funerarie e delle sale del commiato.
7. Il Comune vigila sulla correttezza dell'esercizio dell'attività funebre e verifica annualmente la permanenza dei requisiti previsti dalla normativa in materia per svolgere l'esercizio dell'attività funebre.

Note all'art. 35:

Il numero 1 della lettera b) del comma 3, già modificato dall'[art. 4](#), comma 1, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#), poi sostituito dall'[art. 8](#), comma 1, [L.R. 21 maggio 2014, n. 33](#), è stato così sostituito dall'[art. 1, comma 1, L.R. 2 luglio 2015, n. 17](#).

Al numero 3 della lettera b) del comma 3 le parole "tra cui personale inquadrato nel rispetto delle norme nazionali sul mercato del lavoro" sono state aggiunte dall'[art. 4](#), comma 2, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#), come sostituito - detto comma 2 - dall'[art. 6](#), comma 1, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 54](#).

Al numero 4 della lettera b) del comma 3 le parole "per ogni singola sede" sono state aggiunte dall'[art. 4](#), comma 3, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#).

Al comma 7 le parole "e verifica annualmente la permanenza dei requisiti previsti dalla normativa in materia per svolgere l'esercizio dell'attività funebre" sono state aggiunte dall'[art. 4](#), comma 4, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#).

Vedi il [testo originario](#) del presente articolo.

Art. 36
(Strutture per il commiato)

1. Le strutture per il commiato, realizzate da soggetti pubblici o privati, possono essere utilizzate, su istanza dei componenti il nucleo familiare del defunto di cui al comma 6 dell'art. 10, per la custodia e l'esposizione delle salme per la durata del periodo di osservazione e anche per i riti del commiato.
2. Le strutture per il commiato sono fruibili da chiunque ne faccia richiesta, senza discriminazioni di alcun tipo in ordine all'accesso.
3. Per l'esercizio delle attività di cui al comma 1, le strutture devono essere in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa nazionale e regionale per i servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche e private.

-
4. L'autorizzazione all'apertura delle strutture per il commiato e' rilasciata dal Comune ove ha sede la struttura, entro novanta giorni dalla presentazione della domanda, previa acquisizione del parere favorevole della ASL competente per territorio che provvede anche alla vigilanza igienico-sanitaria sul funzionamento delle stesse. La ASL rilascia il parere entro quarantacinque giorni dalla richiesta del Comune. La domanda si considera accolta qualora non venga comunicato all'interessato il provvedimento di diniego entro novanta giorni dalla presentazione della stessa.
 5. Le strutture per il commiato non possono essere collocate nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, ne' di strutture socio-sanitarie o di vita collettiva o nelle loro immediate vicinanze. Sono collocate in idonee aree individuate dai Comuni negli strumenti urbanistici locali.
 6. Le strutture per il commiato possono prevedere l'esercizio delle attivita' di imbalsamazione e tanatocosmesi secondo le modalita' e i termini stabiliti dalla normativa nazionale vigente.]
-

Note all'art. 36:

Articolo abrogato dall'[art. 35, comma 5, L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#).

Art. 37
(Casa funeraria)

1. La casa funeraria e' la struttura gestita da soggetti privati che provvede, a richiesta dei familiari o altri aventi titolo, allo svolgimento delle seguenti funzioni:
 - a) osservazione del cadavere;
 - b) trattamento conservativo;
 - c) trattamenti di tanatocosmesi;
 - d) custodia ed esposizione della salma e del cadavere;
 - e) attivita' proprie delle sale del commiato.
 2. Per l'esercizio delle attivita' di cui al comma 1, le strutture devono essere in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa nazionale e regionale per i servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche e private.
 3. La realizzazione e l'esercizio delle case funerarie sono soggetti al procedimento di cui al [d.p.r. 160/2010](#). L'autorizzazione all'apertura delle case funerarie e' rilasciata dal Comune ove ha sede la struttura, entro novanta giorni dalla presentazione della domanda, in conformita' alle disposizioni della presente legge e successive disposizioni attuative, previa verifica della compatibilita' con le destinazioni d'uso previste nella zonizzazione degli strumenti urbanistici comunali vigenti e previa acquisizione del parere favorevole della ASL competente per territorio che provvede anche alla vigilanza igienico-sanitaria sul funzionamento delle stesse. La ASL rilascia il parere entro quarantacinque giorni dalla richiesta del Comune. La domanda si considera accolta qualora non venga comunicato all'interessato il provvedimento di diniego entro novanta giorni dalla presentazione della stessa.
 4. Le case funerarie non possono essere collocate ad una distanza inferiore di mt. 800 da strutture sanitarie residenziali pubbliche o private e strutture socio-sanitarie residenziali. Le case funerarie non possono essere collocate ad una distanza inferiore di mt. 50 da cimiteri e crematori. Per le nuove aperture di case funerarie e' necessario garantire almeno n. 12 posti auto di pertinenza oltre ad un posto auto per la sosta dei disabili. Con deliberazione consiliare o con regolamento di polizia mortuaria, i Comuni possono individuare ulteriori ambiti del proprio territorio ovvero immobili nei quali, in ragione di particolari motivi di carattere igienico-sanitario, ambientale, storico, artistico, urbanistico ed architettonico, limitare o escludere la realizzazione di tali strutture. La deliberazione consiliare non costituisce variante alla pianificazione urbanistica comunale.
-

Note all'art. 37:

Articolo cosi' modificato dall'[art. 35, comma 6, lett. a\), b\) e c\), L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 38
(Rifiuti cimiteriali)

1. I rifiuti cimiteriali devono essere avviati al recupero o smaltiti in impianti autorizzati ai sensi delle vigenti normative. Sono definiti nel [D.P.R. 15.7.2003, n. 254](#) (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'[art. 24, della legge 31 luglio 2002, n. 179](#)) e sono classificati come "rifiuti urbani" nell'[art. 184 del D.Lgs. 3.4.2006, n. 152](#) (Norme in materia ambientale).

Art. 39
(Sanzioni)

1. Le violazioni delle disposizioni di cui all'art. 35, ai commi 4 e 5, dell'art. 36 e agli articoli 10, 13, 16, 17, comportano l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 3.000,00 a euro 5.000,00.
2. L'inosservanza delle altre disposizioni di cui al Capo II, Titolo III comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 2.000,00 a euro 4.000,00.
3. Il mancato possesso dei requisiti strutturali delle case funerarie di cui alla presente legge e la violazione delle disposizioni di cui all'articolo 34, comportano l'applicazione di una sanzione amministrativa da euro 2.000,00 a euro 5.000,00.
4. Per l'irrogazione delle sanzioni di cui al presente articolo si applicano le disposizioni previste dalla [L.R. 19 luglio 1984, n. 47](#) (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative in materia sanitaria) e successive modifiche ed integrazioni.
5. Nello svolgimento dell'attività funebre o di trasporto funebre, chiunque propone direttamente o indirettamente provvigioni, offerte, regali o vantaggi di qualsiasi tenore per ottenere informazioni tese a consentire la realizzazione di uno o più servizi, è punito con una sanzione amministrativa da euro 5.000,00 a euro 9.000,00. In caso di recidiva è altresì sospesa da uno a sei mesi, con effetto immediato, l'autorizzazione comunale all'attività funebre o al trasporto funebre.

Note all'art. 39:

Articolo così modificato dall'[art. 35, comma 7, L.R. 29 novembre 2021, n. 23](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 40
(Prestazioni delle ASL)

1. Gli interventi del personale della ASL non sono onerosi per coloro che li richiedono.

TITOLO V
DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 41
(Regime transitorio)

1. Le imprese che esercitano l'attività funebre di cui all'art. 35, operanti stabilmente sul territorio regionale, sono tenute ad adeguarsi ai requisiti previsti dal comma 3 di detto articolo, entro il 31 dicembre 2015.
2. Qualora il gestore del cimitero svolga anche attività funebre e' d'obbligo la separazione societaria con proprietà diverse, da attuare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, fatta salva l'eventuale scadenza originaria della gestione antecedente a tale data.
3. Entro novanta giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo della presente legge, i Comuni istituiscono il registro di cui all'art. 32, adeguando i propri regolamenti alle disposizioni contenute nella presente legge.
4. Per tutto quanto non espressamente previsto o non diversamente disposto dalla presente legge e dai provvedimenti da essa derivanti, continuano ad applicarsi in materia funeraria le disposizioni di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285](#) (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria) e successive modificazioni.

Note all'art. 41:

Al comma 1 le parole "entro il 31 dicembre 2015" sono state introdotte dall'[art. 1, comma 2, L.R. 2 luglio 2015, n. 17](#) in sostituzione delle precedenti parole "entro il 30 giugno 2015", introdotte dall'[art. 5, comma 1, L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#) in sostituzione delle originarie parole "entro diciotto mesi dalla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo della presente legge".

Art. 41-bis
(Disposizioni attuative)

1. Il competente Servizio della Giunta regionale, entro il 1º settembre 2013, adotta i provvedimenti necessari all'attuazione della presente legge comprensivi della modulistica necessaria per l'esercizio dell'attività di cui al comma 2 dell'articolo 35.

Note all'art. 41-bis:

Articolo inserito dall'[art. 1](#), comma 1, [L.R. 18 giugno 2013, n. 17](#) e poi così modificato dall'[art. 6](#), comma 1, [L.R. 18 dicembre 2013, n. 51](#) che, al comma 1, ha aggiunto, in fine, le parole "comprensivi della modulistica necessaria per l'esercizio dell'attività" di cui al comma 2 dell'articolo 35".

Art. 42
(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

LEGGE REGIONALE 29 luglio 2004, n. 19**DISCIPLINA IN MATERIA FUNERARIA E DI POLIZIA MORTUARIA**

Testo coordinato con modifiche apportate da:

L.R. 27 luglio 2005 n. 14

L.R. 12 febbraio 2010 n. 4

L.R. 10 dicembre 2019, n. 29

TITOLO I**Disposizioni generali e norme di principio***Art. 1**Finalità, oggetto e principi della disciplina*

1. La presente legge disciplina il complesso dei servizi e delle funzioni in ambito necroscopico, funebre, cimiteriale e di polizia mortuaria, garantendo il rispetto della dignità e dei diritti dei cittadini, con la finalità di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi funebri e di informare le attività pubbliche a principi di evidenza scientifica e di efficienza ed efficacia delle prestazioni.

2. In particolare, la presente legge:

- a) definisce le funzioni della Regione e degli Enti locali ed individua in particolare i compiti dei Comuni e le modalità di svolgimento delle loro funzioni e servizi;
- b) disciplina, per quanto attiene ai profili igienico-sanitari, le procedure relative alla polizia mortuaria, con particolare riguardo alle norme da osservarsi in materia di cremazione e dispersione delle ceneri;
- c) regola le condizioni e i requisiti per assicurare che l'esercizio dell'attività funebre da parte di soggetti pubblici e privati sia svolta nel rispetto delle finalità e delle garanzie perseguite dalla presente legge.

3. Ai fini della presente legge:

- a) per salma si intende il corpo umano rimasto privo delle funzioni vitali, prima dell'accertamento di morte;
- b) per cadavere si intende la salma, una volta eseguito l'accertamento di morte secondo quanto previsto dalla vigente legislazione;
- c) nell'ambito necroscopico sono ricomprese le prestazioni assicurate in via obbligatoria sia dal Comune sia dal Servizio sanitario regionale, quali il trasporto funebre per indigenti, la raccolta e il trasporto funebre su chiamata dell'Autorità giudiziaria o per esigenze igienico-sanitarie, il deposito di osservazione, l'obitorio, il servizio mortuario sanitario, le attività di medicina necroscopica;
- d) nell'ambito funebre è ricompresa l'attività funebre e i servizi forniti dalle strutture per il commiato, nonché i servizi ad essi connessi di cui agli articoli 13 e 14, che non costituiscono compiti obbligatori dei Comuni. Ove effettuato in modo disgiunto dall'attività funebre rientra nell'ambito funebre anche il solo trasporto di salma o di cadavere diverso da quello previsto alla lettera c);
- e) nell'ambito cimiteriale è ricompreso l'insieme delle attività connesse alla disponibilità del demanio cimiteriale, quali le operazioni cimiteriali e la loro registrazione, le concessioni di spazi cimiteriali, la cremazione, l'illuminazione elettrica votiva;
- f) nell'ambito della polizia mortuaria vengono ricomprese le attività autorizzatorie, di vigilanza e di controllo da parte degli enti competenti.

TITOLO II**Funzioni istituzionali e disciplina dei servizi pubblici locali****CAPO I****Funzioni regionali e provinciali***Art. 2**Funzioni della Regione*

1. Al fine di garantire un trattamento adeguato, rispettoso e uniforme sul territorio regionale della persona defunta, delle ceneri derivanti da cremazione e delle ossa umane sul territorio regionale, a garanzia dei diritti essenziali della popolazione e della tutela delle condizioni igienico-sanitarie, la Regione, nelle materie disciplinate dalla presente legge:

- a) esercita funzioni di indirizzo, coordinamento e di alta vigilanza, anche attraverso l'emanazione di apposite direttive agli Enti locali e alle Aziende sanitarie, che sono tenuti a fornire alla Regione le necessarie informazioni;
- b) adotta i poteri sostitutivi in relazione alla mancata approvazione degli atti di competenza degli Enti locali previsti dalla presente legge e, in particolare, quelli di cui all'articolo 3, secondo le forme previste dall'articolo 30 della legge regionale 24 marzo 2004, n. 6 (Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione Europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'Università);
- c) definisce, d'intesa con la Conferenza Regione-Autonomie Locali, le tariffe per il servizio pubblico di cremazione dei cadaveri, secondo modalità che tengano conto dei costi di gestione dei singoli impianti;
- d) può approvare, d'intesa con la Conferenza Regione-Autonomie Locali, uno schema di regolamento-tipo di polizia mortuaria;

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

e) adotta gli ulteriori provvedimenti nei casi e nei modi previsti dalla presente legge.

2. Con regolamento della Regione, da emanarsi entro centottanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, d'intesa con la Conferenza Regione-Autonomie Locali, sono emanate norme in materia di piani cimiteriali comunali e di inumazione e tumulazione dei cadaveri, nel rispetto dei principi e delle finalità della presente legge.

Art. 3

Funzioni delle Province

1. Entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, le Province valutano il fabbisogno di crematori nell'ambito del proprio territorio, tenendo conto della popolazione residente, della distanza chilometrica e della necessità di consentire il pieno esercizio di libera scelta della modalità di sepoltura o della cremazione di ciascun cittadino e individuano, d'intesa con i Comuni interessati, la localizzazione dei nuovi impianti. Le Province possono garantire l'accessibilità e la fruibilità del servizio di cremazione per i cittadini anche attraverso opportune forme di collaborazione con crematori situati in ambiti territoriali contigui.

2. Nei crematori si provvede, su richiesta, alla cremazione di cadaveri, di resti mortali, di ossa e di parti anatomiche riconoscibili, all'interno del bacino di riferimento di cui alla programmazione provinciale. Nei crematori si provvede, altresì, su richiesta, alla cremazione di cadaveri provenienti da altri ambiti territoriali in relazione alle loro capacità di ricezione.

CAPO II

Funzioni e compiti dei Comuni

Art. 4

Realizzazione di cimiteri e crematori

(abrogato comma 5 da art. 29 L.R. 27 luglio 2005 n. 14)

1. Spetta ai Comuni, singoli od associati, la realizzazione di cimiteri e di crematori.

2. I cimiteri sono di norma collocati alla distanza di almeno duecento metri dal centro abitato. È vietato costruire nuovi edifici entro tale fascia di rispetto. Il Comune può autorizzare l'eventuale ampliamento degli edifici esistenti entro la fascia di rispetto, sentita l'Azienda Unità sanitaria locale competente per territorio.

3. In deroga a quanto previsto dal comma 2, nei casi di reale necessità il Comune può approvare, sentita l'Azienda Unità sanitaria locale competente per territorio, la costruzione di nuovi cimiteri, l'ampliamento di quelli esistenti o la costruzione di crematori a una distanza inferiore ai duecento metri dal centro abitato, purché la fascia di rispetto non scenda in nessun caso al di sotto dei cinquanta metri e sia adottato un piano cimiteriale che valuti la necessità di future sepolture per non meno di vent'anni.

4. I crematori devono essere realizzati all'interno delle aree cimiteriali esistenti o di ampliamenti delle stesse. Non è consentito l'utilizzo di crematori mobili.

5. *abrogato*

Art. 5

Obblighi dei Comuni e gestione dei servizi pubblici essenziali

(sostituito comma 2 da art. 29 L.R. 27 luglio 2005 n. 14)

1. I Comuni, singoli o associati, provvedono ad assolvere alle funzioni ed ai servizi pubblici ad essi spettanti ai sensi della normativa statale e regionale ed in particolare ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria). La gestione dei servizi pubblici, in ambito necroscopico e cimiteriale, può essere effettuata in economia diretta o attraverso le altre forme di gestione individuate dalla normativa vigente sui servizi pubblici locali, in base a modalità che garantiscano comunque il pieno soddisfacimento delle esigenze della popolazione in condizioni di equità e di decoro.

2. *Nel caso in cui il gestore dei servizi pubblici cimiteriali o necroscopici svolga anche l'attività funebre di cui all'articolo 13 della presente legge, è d'obbligo la separazione societaria, da attuare entro il 31 dicembre 2005, fatta salva l'eventuale scadenza originaria della gestione antecedente tale data. Le gestioni in corso che non abbiano provveduto alla separazione societaria entro il termine di cui al presente comma, cessano alla scadenza del termine medesimo.*

3. I servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate non possono in ogni caso essere dati in gestione a soggetti esercenti, anche attraverso società controllate o collegate, l'attività funebre di cui all'articolo 13. Le gestioni in corso, ove in contrasto con le previsioni del presente comma, cessano alla scadenza di dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

4. I Comuni provvedono a favorire l'accesso della popolazione residente alle informazioni necessarie alla fruibilità dei servizi pubblici e privati in ambito funerario, con particolare riferimento ai profili economici e alle diverse pratiche funerarie previste dall'ordinamento.

5. Fermo restando l'esercizio dei compiti obbligatori ad essi spettanti ai sensi della normativa statale e regionale ed in particolare ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990, i Comuni hanno facoltà di assumere ed organizzare attività e servizi accessori, da svolgere comunque in concorso con altri soggetti imprenditoriali, quali l'attività funebre o la gestione di strutture per il commiato.

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

Art. 6*Funzioni amministrative e di vigilanza*

1. Fatte salve le attribuzioni dei Comuni previste dalla presente legge nonché dalla normativa statale e regionale, sono attribuite ai Comuni le funzioni autorizzative in merito:

- a) all'esercizio dell'attività funebre di cui all'articolo 13;
- b) alla costruzione e al funzionamento delle strutture per il commiato di cui all'articolo 14.

2. Fermo restando il generale divieto di seppellimento di cadavere, resti mortali od ossa umane al di fuori dei cimiteri e delle cappelle private familiari, il Comune può autorizzare, di volta in volta, sentita l'Azienda Unità sanitaria locale territorialmente competente, la sepoltura di cadavere, di resti mortali, di ceneri o di ossa umane in altri luoghi, quando concorrano giustificati motivi di speciali onoranze e la sepoltura avvenga con le garanzie stabilite dalla normativa vigente.

3. La vigilanza ed il controllo sull'osservanza delle disposizioni contenute nella presente legge e nei regolamenti di cui all'articolo 7 spetta al Comune, che si avvale, per i profili igienico-sanitari, dell'Azienda Unità sanitaria locale territorialmente competente.

Art. 7*Regolamenti comunali*

1. Nel rispetto delle disposizioni contenute nella presente legge i Comuni, singoli o associati, disciplinano le attività funebri, necroscopiche, cimiteriali e di polizia mortuaria attraverso apposito regolamento.

2. Con i regolamenti di cui al comma 1, vengono in particolare stabiliti:

- a) le condizioni e le modalità di localizzazione e di esercizio dei cimiteri, dei crematori, del deposito di osservazione delle salme e degli obitori, nonché le modalità di fornitura dei servizi cimiteriali, necroscopici e di polizia mortuaria;
- b) le condizioni e le modalità di fornitura del servizio di trasporto delle salme e dei cadaveri;
- c) le prescrizioni relative all'affidamento personale delle urne cinerarie di cui all'articolo 11, comma 3;
- d) l'importo delle sanzioni applicabili in caso di violazione, che non possono essere inferiori a Euro 250,00 né superiori a Euro 9.300,00. In assenza dell'individuazione della sanzione da parte dell'atto normativo dell'Ente locale, il Comune applica una sanzione da Euro 1.350,00 a Euro 9.300,00.

3. Il regolamento di cui al comma 1 può altresì prevedere le modalità per la costruzione dei cimiteri per gli animali d'affezione, da parte di soggetti pubblici o privati, definendone i requisiti. L'autorizzazione alla costruzione dei cimiteri per gli animali d'affezione viene concessa dal Comune, previo parere favorevole espresso dall'Azienda Unità sanitaria locale competente per territorio.

TITOLO III**Norme di polizia mortuaria****Art. 8***Organizzazione delle attività di medicina necroscopica*

1. Nel rispetto della normativa statale relativa alla denuncia delle cause di morte e all'accertamento dei decessi, le strutture di medicina legale delle Aziende sanitarie garantiscono le funzioni di coordinamento, di consulenza e di supervisione delle attività di medicina necroscopica, definendo le procedure di espletamento dell'attività stessa in particolare nei casi di morte improvvisa o non spiegabile. Le strutture di medicina legale provvederanno altresì al riscontro diagnostico, anche mediante convenzione, nelle evenienze in cui sia necessario accertare le cause di morte in soggetti giunti cadavere in ospedale, deceduti sulla pubblica via, a domicilio senza assistenza medica o comunque deceduti al di fuori dell'ospedale.

2. L'accertamento della realtà della morte viene effettuata dal medico necroscopo nominato dal Direttore generale di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale fra i medici dipendenti o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN), inclusi i medici di medicina generale, al fine di assicurare la tempestività e l'ottimale distribuzione del servizio.

Art. 9*Decesso per malattia infettiva e diffusiva*

1. Nel caso la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva, il medico necroscopo dell'Azienda sanitaria competente deve adottare, a tutela della salute pubblica, le eventuali misure che si rendano di volta in volta opportune nei casi specifici. Tali misure devono essere coerenti con consolidate evidenze scientifiche e non comportano l'obbligatoria osservanza delle procedure di cui all'articolo 18, comma 1 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990.

2. In ogni caso il personale addetto all'attività funebre è tenuto ad utilizzare, indipendentemente dalla causa del decesso, gli adeguati mezzi di protezione per prevenire un eventuale contagio, nell'evenienza di contatto con liquidi biologici.

Art. 10*Trasporto di salme, di cadaveri e di resti mortali*

(sostituiti commi 1 e 3 da art. 12 L.R. 10 dicembre 2019, n. 29)

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

1. Qualora il decesso avvenga in abitazioni inadatte per l'osservazione o vi sia espressa richiesta dei familiari o dei conviventi, la salma può essere trasportata per l'osservazione presso l'obitorio o il servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o presso le apposite strutture adibite al commiato di cui all'articolo 14, siti anche in altro Comune della Regione Emilia-Romagna o in Regione confinante a condizione di reciprocità.
2. Nei casi di cui al comma 1, il medico curante o il medico dipendente o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale intervenuto in occasione del decesso certifica che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.
3. La certificazione medica di cui al comma 2 è titolo valido per il trasporto della salma nell'ambito del territorio della Regione Emilia-Romagna o in Comuni delle Regioni confinanti con il territorio regionale a condizione di reciprocità.
4. Durante il trasporto la salma è riposta in contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica. Il trasporto deve avvenire in tempi brevi.
5. L'autorizzazione al trasporto di resti mortali è rilasciata dal Comune di partenza.
6. Costituisce trasporto di cadavere il suo trasferimento dal luogo di decesso all'obitorio, alla camera mortuaria, alle strutture per il commiato, al luogo prescelto per le onoranze compresa l'abitazione privata, al cimitero o al crematorio o dall'uno all'altro di questi luoghi.
7. Il trasporto di cadavere è autorizzato, ove possibile, con unico provvedimento valevole per tutti i trasferimenti di cui al comma 6, dal Comune ove è avvenuto il decesso, previa eventuale comunicazione al Comune di destinazione. Il trasporto deve avvenire mediante l'utilizzo di mezzi idonei al tipo di trasferimento e con personale adeguato, nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.
8. All'atto della chiusura del feretro l'identità del defunto, l'apposizione dei sigilli e l'osservanza delle norme previste per il trasporto sono verificate direttamente dagli addetti al trasporto, che ne attestano l'esecuzione.
9. Il rilascio del passaporto mortuario ed il rilascio dell'autorizzazione all'estradiizione di salme di cui, rispettivamente, agli articoli 27 e 29 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 competono al Comune ove è avvenuto il decesso. Il certificato di cui all'articolo 29, comma 1, lettera b) del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 viene sostituito da attestazione di garanzia fornita dall'impresa che effettua il trasporto, comprovante l'idoneità della cassa secondo quanto previsto dall'articolo 30 del medesimo decreto del Presidente della Repubblica.
10. Per il trasporto da comune a comune nell'ambito del territorio regionale non è obbligatoria l'effettuazione dell'iniezione conservativa di cui all'articolo 32 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 e, nel caso il cadavere debba essere cremato o inumato, l'obbligo della doppia cassa di cui all'articolo 30 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 può essere assolto con l'utilizzo di un involucro di materiale biodegradabile da porre all'interno della cassa di legno, che garantisca l'impermeabilità del fondo del feretro per un periodo sufficiente all'assolvimento della pratica funeraria prescelta dal defunto.
11. Al soggetto che svolge il solo servizio di trasporto delle salme e dei cadaveri, esercitato in qualità di affidatario del servizio pubblico, non si applicano le incompatibilità previste dall'articolo 5, commi 2 e 3.
12. Ai fini di quanto disposto dal presente articolo è escluso dalla nozione di trasporto di salma o di cadavere il trasferimento della salma nell'ambito della struttura sanitaria in cui è avvenuto il decesso. Tale trasporto deve essere svolto da personale che a nessun titolo possa essere collegato ad un soggetto esercente l'attività funebre.
13. Con atto adottato dalla Direzione generale competente della Regione Emilia-Romagna, entro trenta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, sono disciplinate le modalità tecniche e le procedure da osservarsi nel trasporto delle salme, dei cadaveri e dei resti mortali, prevedendo gli obblighi di comunicazione tra i soggetti interessati al trasporto e le precauzioni igienico sanitarie da adottare a tutela della salute pubblica e degli operatori, nel rispetto dei principi generali stabiliti dalla presente legge.

Art. 11

Cremazione

(modificato comma 3 da art. 29 L.R. 27 luglio 2005 n. 14)

1. L'autorizzazione alla cremazione è rilasciata dal soggetto competente individuato dalla normativa statale e secondo le modalità stabilite dalla medesima, anche relativamente alle forme di manifestazione della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari.
2. L'autorizzazione alla dispersione delle ceneri viene rilasciata dal soggetto competente individuato dalla normativa statale, ove vi sia volontà espressa del defunto. La dispersione delle ceneri può avvenire unicamente in aree a ciò destinate all'interno dei cimiteri o in natura o in aree private; la dispersione in aree private deve avvenire all'aperto e con il consenso dei proprietari e non può comunque dare luogo ad attività aventi fini di lucro; la dispersione delle ceneri è in ogni caso vietata nei centri abitati; la dispersione in mare, nei laghi e nei fiumi è consentita nei tratti liberi da manufatti. La dispersione delle ceneri è eseguita dal coniuge o da altro familiare avente diritto, dall'esecutore testamentario o dal rappresentante legale di associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri degli iscritti cui il defunto risultava

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

iscritto o, in mancanza, dal personale appositamente autorizzato del Comune o delle imprese che esercitano l'attività funebre di cui all'articolo 13.

3. Nel caso il defunto non abbia disposto la dispersione delle ceneri, la conservazione delle stesse avviene mediante consegna, ritualmente verbalizzata nelle forme previste dalla normativa vigente, dell'urna sigillata al familiare o all'esecutore testamentario o al rappresentante legale di associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri degli iscritti cui il defunto risultava iscritto, i quali possono disporne, nel rispetto della volontà del defunto, la tumulazione, l'interramento o l'affidamento personale. L'urna viene sigillata e conservata in modo da consentire in ogni caso l'identificazione dei dati anagrafici del defunto. ...

4. In caso di affidamento personale dell'urna il Comune annota in un apposito registro le generalità dell'affidatario unico, indicato in vita dal defunto, e quelle del defunto medesimo. Con apposito regolamento comunale sono stabilite le dimensioni delle urne, le caratteristiche dei luoghi di conservazione da parte dei privati in modo da garantire la sicurezza da ogni forma di profanazione e ogni altra prescrizione di carattere igienico-sanitario. In assenza dei regolamenti comunali tali disposizioni sono contenute nell'atto di affidamento.

5. E' consentito cremare i resti mortali di persone inumate da almeno dieci anni e tumulate da almeno venti, previo consenso dei familiari. In caso di irreperibilità dei familiari il Comune autorizza la cremazione decorsi trenta giorni dalla pubblicazione nell'Albo pretorio di uno specifico avviso.

6. Le ceneri già custodite al momento dell'entrata in vigore della presente legge possono essere disperse o affidate secondo le modalità previste dai commi 2, 3 e 4.

Art. 12

Esumazioni ed estumulazioni

1. Le esumazioni e le estumulazioni ordinarie sono eseguibili in qualsiasi periodo dell'anno e possono essere eseguite anche senza la presenza di operatori sanitari. Le esumazioni ed estumulazioni straordinarie possono essere eseguite anch'esse in qualsiasi periodo dell'anno e senza la presenza di operatori sanitari anche relativamente alle persone decedute per malattie infettive e diffuse, fatte salve situazioni peculiari nelle quali il personale addetto alle operazioni, adeguatamente formato, ravvisi la necessità di un parere igienico-sanitario da richiedere all'Azienda Unità sanitaria locale.

TITOLO IV

Attività funebre

Art. 13

Attività funebre

(sostituiti commi 2,3; sostituiti n.2)-lett.b) e lett.c) comma 4, sostituito ultimo periodo comma 6 da art. 43 L.R. 12 febbraio 2010 n. 4)

1. Ai sensi della presente legge per attività funebre si intende un servizio che comprende e assicura in forma congiunta le seguenti prestazioni:

- a) disbrigo, su mandato dei familiari, delle pratiche amministrative inerenti il decesso;
- b) fornitura di casse mortuarie e di altri articoli funebri in occasione di un funerale;
- c) trasporto di salma, di cadavere, di ceneri e di ossa umane.

2. *Le imprese pubbliche o private che intendono svolgere l'attività funebre devono presentare dichiarazione di inizio attività con efficacia immediata, ai sensi dell'articolo 19, comma 2, della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), al Comune in cui ha sede legale l'impresa. La dichiarazione di inizio attività deve essere corredata della documentazione e delle autocertificazioni in ordine al possesso dei requisiti individuati dalla Giunta regionale ai sensi del comma 3.*

3. *La dichiarazione di cui al comma 2 viene presentata secondo le modalità generali e sulla base dei requisiti individuati da apposito provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente Commissione assembleare.*

4. La Giunta regionale emana il provvedimento di cui al comma 3 nel rispetto delle seguenti disposizioni:

a) prevedere che l'attività funebre venga svolta nel rispetto del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 (Attuazione della direttiva 89/391/CEE, della direttiva 89/654/CEE, della direttiva 89/655/CEE, della direttiva 89/656/CEE, della direttiva 90/269/CEE, della direttiva 90/270/CEE, della direttiva 90/394/CEE, della direttiva 90/679/CEE, della direttiva 93/88/CEE, della direttiva 95/63/CE, della direttiva 97/42/CE, della direttiva 98/24/CE, della direttiva 99/38/CE e della direttiva 99/92/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro) e delle altre norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;

b) prevedere che le imprese che esercitano l'attività funebre dispongano di mezzi, risorse e organizzazione adeguati, fra cui:

1) la disponibilità continuativa di almeno un carro funebre e di autorimessa attrezzata per la disinfezione e il ricovero di non meno di un carro funebre;

2) la disponibilità di almeno una sede idonea alla trattazione degli affari amministrativi, ubicata nel comune ove si presenta la dichiarazione di inizio attività;

3) personale in possesso di sufficienti conoscenze teorico-pratiche in attinenza alle specifiche mansioni svolte;

4) un responsabile della conduzione dell'attività funebre, che deve essere specificamente individuato, anche

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

coincidente col legale rappresentante dell'impresa;

c) *prevedere che le imprese che intendono svolgere servizio di trasporto funebre in modo disgiunto dall'attività di onoranza funebre presentino al Comune la dichiarazione di inizio attività prevista al comma 2 e si uniformino, per le caratteristiche dei mezzi da utilizzare, delle rimesse e del personale, a quanto previsto per l'esercente l'attività funebre.*

5. E' vietato l'esercizio di intermediazione nell'attività funebre. L'attività funebre di tipo commerciale deve essere tassativamente svolta al di fuori delle strutture sanitarie pubbliche o private, dei locali di osservazione delle salme e delle aree cimiteriali.

6. Il Comune vigila sulla correttezza dell'esercizio della attività funebre. E' sospeso dalla possibilità di ulteriore esercizio dell'attività funebre dal Comune, con effetto immediato e per un periodo di tempo determinato dal Comune stesso, fatta salva l'irrogazione delle eventuali sanzioni penali e l'applicazione delle sanzioni amministrative previste dal regolamento di cui all'articolo 7, chi, nello svolgimento dell'attività funebre o del trasporto funebre, propone direttamente o indirettamente offerte, promesse, doni o vantaggi di qualsiasi genere per ottenere informazioni tese a consentire il procacciamento di uno o più funerali o indicazioni per l'attribuzione di uno o più funerali. *In relazione alla gravità del fatto può essere disposto il divieto di prosecuzione dell'attività.*

Art. 14

Strutture per il commiato

1. Il Comune promuove la realizzazione e il funzionamento di strutture nell'ambito delle quali, su istanza del familiare del defunto, possono tenersi riti per il commiato.

2. Tali strutture possono essere utilizzate anche per la custodia e l'esposizione delle salme.

3. Le strutture per il commiato, realizzate da soggetti pubblici o privati, sono in ogni caso fruibili da chiunque ne faccia richiesta, senza discriminazioni di alcun tipo in ordine all'accesso.

4. Nell'esercizio delle attività di cui al comma 2 le strutture devono essere in possesso delle caratteristiche igienico-sanitarie previste dalle norme nazionali e regionali per i servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

5. Le strutture per il commiato non possono essere collocate nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, né di strutture socio-sanitarie o di vita collettiva, ma possono essere collocate nella zona di rispetto cimiteriale.

6. La Regione favorisce, con appositi strumenti incentivanti, un'adeguata presenza sul territorio regionale di strutture per il commiato.

TITOLO V

Disposizioni transitorie e finali

Art. 15

Registro regionale di mortalità

1. E' istituito il Registro regionale di mortalità, con finalità statistico-epidemiologiche; le Aziende sanitarie sono tenute a trasmettere periodicamente alla Regione le informazioni secondo gli standard di qualità e completezza definiti dalla Direzione generale Sanità e Politiche sociali.

Art. 16

Norme transitorie e finali

(modificato comma 2 da art. 44 L.R. 12 febbraio 2010 n. 4)

1. Le imprese che esercitano l'attività funebre di cui all'articolo 13, operanti stabilmente sul territorio regionale, sono tenute ad adeguarsi ai requisiti previsti dall'atto della Giunta regionale di cui al comma 3 di detto articolo entro dodici mesi dalla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna del provvedimento medesimo.

2. I soggetti di cui all'articolo 13, comma 2 aventi sede legale fuori dal territorio regionale ed operanti in esso solo occasionalmente *sono esentati dalla presentazione della dichiarazione* di cui all'articolo 13, comma 2, fermi restando gli obblighi previsti dalla presente legge per l'esercizio dell'attività sul territorio regionale.

3. Per tutto quanto non espressamente previsto o diversamente disposto dalla presente legge e dai provvedimenti da essa derivanti continuano ad applicarsi in materia funeraria le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990.



Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33
Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità
(BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2009)

urn:nir:regione.lombardia:legge:2009-12-30;33

Titolo I

Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo(1)

Art. 1

(Oggetto)(2)

- 1.** Il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo, di seguito denominato servizio sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.(3)
- 2.** La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d'autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione.
- 3.** La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.

Art. 2

(Principi)(4)

- 1.** La programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi:
 - a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR;
 - a bis) approccio one health finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente;(5)
 - a ter) presa in carico della persona nel suo complesso;(5)
 - a quater) adozione di strumenti e azioni volte a garantire la sostenibilità ambientale anche tramite procedure di acquisto e investimenti strutturali e tecnologici che devono tenere conto di criteri che contribuiscono a favorire l'efficientamento energetico e l'utilizzo di materiali ecosostenibili;(5)
 - b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per il percorso assistenziale di prevenzione, di diagnosi, cura, assistenza, presa in carico e riabilitazione, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL che, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", devono garantire agende dedicate per il percorso di presa in carico del paziente cronico e con fragilità;(6)
 - b bis) equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto

privato e promuovendo l'applicazione dei CCNL di riferimento sottoscritti dalle organizzazioni datoriali e sindacali maggiormente rappresentative;**(7)**

b ter) promozione dell'innovazione tecnologica e organizzativa del SSR con la collaborazione di soggetti pubblici e privati, comprese le organizzazioni dei pazienti, anche con riferimento alla componente territoriale, per il miglioramento e la continuità delle cure;**(7)**

b quater) adozione di un sistema di comunicazione trasparente in ordine alle performance di efficienza gestionale e alla qualità del servizio offerto dagli erogatori pubblici e privati;**(7)**

b quinquies) definizione del case mix da parte delle ATS e conseguente allocazione di budget a specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati;**(7)**

c) **(8)**

d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione;**(9)**

e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo;

e bis) valorizzazione dell'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione, nel rispetto delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie, e quale elemento fondamentale di un corretto stile di vita nonché di prevenzione dell'insorgenza di malattie croniche e cardiovascolari;**(10)**

f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale;

g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard;

h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato inclusi gli enti del terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;**(11)**

i) promozione e sperimentazione della partecipazione del volontariato, non in forma sostitutiva di servizi, e coinvolgimento, con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, nella proposta, nella definizione, nel monitoraggio e nel miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria e sociosanitaria;**(12)**

j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;

j bis) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR anche attraverso lo sviluppo della medicina di genere al fine di garantire a ciascuna persona la miglior risposta al proprio bisogno;**(13)**

k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale;

l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale;

l bis) consolidamento dei rapporti con il mondo universitario e la sua rete formativa per il conseguimento di obiettivi di apprendimento e tirocinio necessari all'evoluzione del SSL e con il sistema di istruzione e formazione così da orientare le scelte curriculari dettate dai fabbisogni sanitari e socioassistenziali regionali;**(14)**

l ter) consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;**(14)**

l quater) impulso allo studio e all'implementazione di nuove competenze e professionalità collegate alla transizione digitale, alle responsabilità di una reale continuità lungo i percorsi di cura e assistenza e alla promozione di salubri stili di vita;**(14)**

m) valorizzazione e riabilitazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie, tecnico-amministrative e sociali con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL;**(15)**

- n) attuazione dell'attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione;
- n bis) rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso una migliore integrazione con l'ambito del sociale, quale punto di riferimento del cittadino per la tutela e la cura della salute attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione;(16)
- n ter) potenziamento e sviluppo della sanità digitale;(16)
- n quater) potenziamento e sviluppo della medicina preventiva;(16)
- n quinquies) multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e integrazione nei percorsi di cura e riabilitazione anche attraverso il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari;(16)
- n sexies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici;(16)
- n septies) promozione e valorizzazione della collaborazione fra il SSR e le associazioni dei pazienti, le associazioni del volontariato e gli enti del terzo settore;(16)
- n octies) rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità, anche attraverso la previsione all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati;(16)
- n nonies) valorizzazione degli enti del terzo settore, di cui al d.lgs. 117/2017 quali espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo e riconoscimento delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale da essi perseguite, riconoscendone il supporto e il coinvolgimento attivo nella programmazione e nella realizzazione del SSL;(16)
- n decies) integrazione delle cure palliative nei percorsi di cura per garantire continuità e appropriatezza delle cure a malati inguaribili e alla fine della vita;(16)
- n undecies) riconoscimento delle differenze biologiche e sociali fra uomo e donna per garantire a tutti il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere, non solo sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali, culturali e di risposta alle cure.(16)



Art. 3

(Finalità) (17)

1. La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:
 - a) tutela il diritto alla salute del cittadino;
 - b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
 - c) sostiene le persone e le famiglie;
 - d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative;
 - d bis) implementa l'offerta di servizi di prossimità anche tramite il supporto dell'assistenza domiciliare in coerenza con i programmi di investimento e potenziamento delle reti territoriali previsti a livello statale ed europeo, sentiti i Presidenti dei collegi dei sindaci di cui all'articolo 20, comma 2, lettera b).(18)
2. Ai fini della presente legge si intende per:
 - a) servizio sanitario, l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
 - b) servizio sociale, l'erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia;
 - c) servizio sociosanitario, l'erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale.
3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all'articolo 17, anche azioni che:
 - a) favoriscono l'appropriatezza clinica ed economica;

b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;

c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia;

d) contemplan anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi

4. Per la stesura del PSSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimento di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente. **(19)**

5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti.

7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare.

7 bis. La Regione promuove e sostiene la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita avvalendosi anche delle competenze del cluster tecnologico regionale dedicato. Tale rete, coordinata dagli IRCCS di diritto pubblico coinvolgendo gli IRCCS di diritto privato, gli enti di ricerca e le università, nonché le organizzazioni dei pazienti, favorisce iniziative per sviluppare il trasferimento tecnologico in collaborazione con le imprese. **(20)**



Art. 3 bis

(21)



Art. 4

(Piano sociosanitario integrato lombardo)(22)

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. Il PSSSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali. **(23)**

2. Il PSSSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR). **(24)**

Art. 4 bis

(Piano regionale della prevenzione)(25)

1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.

1 bis. La Regione favorisce lo sviluppo e l'implementazione di network scientifici in grado di orientare e riorientare, in tempo reale, le politiche di prevenzione basate su validate evidenze scientifiche. **(26)**

1 ter. Nell'ambito degli indirizzi di programmazione di cui all'articolo 5, comma 6, sono, in particolare, definite le linee guida in materia di prevenzione alle quali le ATS e le ASST devono attenersi per quanto di rispettiva competenza. Sono altresì realizzate politiche di comunicazione e sensibilizzazione che facilitino la comprensione da parte del singolo cittadino dell'importanza delle attività di prevenzione per la diagnosi precoce e per i corretti stili di vita con il supporto dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali convenzionati e dell'educazione sanitaria nelle scuole. **(26)**

2. Le attività di programmazione di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione rivolte al singolo individuo e ai dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP). **(27)**

3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'Osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. Spetta alla Giunta apportare modifiche al PRP che consistano nel mero recepimento di indicazioni nazionali o nella loro vera correzione di refusi. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviate a specifici atti di programmazione. **(28)**

4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali coinvolgendo anche soggetti quali enti locali, associazioni di volontariato, altri enti del terzo settore ed erogatori di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. **(29)**

5. Il PRP ha durata quinquennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a: **(30)**

- a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;
- b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;
- c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del servizio sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute; **(31)**
- d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;
- e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

6. Il PRP individua i seguenti ambiti di intervento prioritari: **(32)**

- a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico;
- b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;
- c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali;

d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

7. Il PRP inoltre deve:

- a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative;
- b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute;
- c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico;
- d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.



(Piano regionale strategico operativo influenzale)(33)(34)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva, in coerenza con il piano pandemico nazionale, un piano regionale strategico operativo influenzale che ne costituisce declinazione a livello locale. Il piano regionale strategico operativo influenzale ha durata triennale ed è aggiornato in funzione dei dati epidemiologici, in coerenza con lo stesso piano nazionale(35)



Art. 5

(Funzioni della Regione)(36)

1. La Regione garantisce la tutela della salute, definisce le politiche sanitarie e sociosanitarie ed esercita funzioni di programmazione strategica, indirizzo e controllo anche tramite l'adozione di indirizzi di programmazione annuali e ove possibile pluriennali, volti a garantire la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.(37)

2. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera e della rete territoriale oltre che la capillarità di quest'ultima anche tramite il potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari a domicilio per rendere la casa primo luogo di cura. Assicura la presa in carico della persona, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati, garantisce la continuità delle cure erogate favorendo la permanenza nel proprio domicilio. Fermo restando il ruolo dei MMG e dei PLS, le farmacie contribuiscono alla realizzazione della presa in carico dei pazienti cronici, assicurando la sinergia con gli erogatori e i pazienti attraverso la garanzia dell'aderenza farmacologica e l'erogazione delle prestazioni previste dalla farmacia dei servizi anche nell'ambito delle attività svolte dalle strutture previste dall'articolo 7, comma 13, lettera b).(37)

3. La Regione dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini nel rispetto della normativa specifica statale. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terzietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento.(38)

4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il miglior soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini. Al fine di garantire una risposta appropriata al

bisogno di presa in carico delle persone sul territorio ed assicurare i LEA, le ATS rimodulano, in corso di anno, eventuali economie verificate sui singoli contratti per raggiungere il miglior soddisfacimento della domanda di prestazioni, ferma restando l'impossibilità di compensazione tra il finanziamento complessivo negoziato con le strutture pubbliche e il finanziamento complessivo negoziato con le strutture private accreditate e a contratto. **(39)**

4 bis. La Regione favorisce l'innovazione tecnologica e gli investimenti strutturali e lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) anche con riferimento a sistemi di rete, promuovendo l'integrazione dei sistemi ICT e l'utilizzo delle conoscenze più avanzate in tema di intelligenza artificiale e big data. **(40)**

4 ter. La Regione, in collaborazione con le singole strutture sanitarie, adotta un sistema di mappatura delle tecnologie del SSL al fine di programmare le acquisizioni in relazione ai fabbisogni, anche tenendo conto delle metodologie di valutazione HTA e in collaborazione con le ingegnerie cliniche. **(40)**

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

5 bis. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è istituita la funzione di promozione del servizio sociosanitario lombardo sul territorio nazionale e a livello internazionale, al fine di sostenere l'innovazione, la ricerca e l'assistenza nelle strutture di riferimento specialistico, nonché favorire la presentazione a livello internazionale del proprio servizio sanitario e sociosanitario, come veicolo per lo scambio delle conoscenze prestazionali nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche e assistenziali. **(41)**

5 ter. Al fine di potenziare il ruolo di governo e di indirizzo dell'assessorato al Welfare la Regione, per il tramite della direzione generale competente e in relazione a specifiche tematiche, si avvale di unità operative a valenza regionale allocate presso le ATS e coordinate direttamente dalle unità organizzative di riferimento della direzione generale Welfare. Tali unità operative coordinano la specifica tematica su tutto il territorio regionale. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuate le unità operative a valenza regionale che operano secondo gli indirizzi delle relative unità organizzative regionali. **(42)**

5 quater. Al fine di attuare la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale in un'ottica di unitarietà del sistema finalizzato anche all'accrescimento professionale, la Regione si avvale di personale dirigenziale e del comparto proveniente dagli enti di cui all'allegato A1, Sezione II, della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2007) anche in deroga alla percentuale di cui all'articolo 28, comma 2 bis, della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale) e ricomprendendo i ruoli della dirigenza medica, sanitaria, professionale tecnica e amministrativa del SSL. **(42)**

5 quinquies. Nell'ambito della direzione generale Welfare è istituito il comitato di coordinamento composto dal direttore generale Welfare e dai direttori generali delle ATS e da dieci direttori generali delle ASST. Il comitato è coordinato dal direttore generale Welfare, si riunisce periodicamente con il compito di elaborare linee di indirizzo per l'attuazione della programmazione regionale sanitaria e sociosanitaria. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti la composizione e il funzionamento del comitato. **(42)**

6. La Giunta regionale approva, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, gli indirizzi per la programmazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, dei fabbisogni relativi alle risorse umane e alle professionalità, degli acquisti e degli investimenti, nonché gli indirizzi per la definizione dei contratti stipulati dalle ATS con i soggetti

erogatori, individuando, all'interno delle risorse assegnate alle ASST e agli erogatori privati accreditati e a contratto, specificatamente le risorse per l'assistenza territoriale e le previsioni contrattuali per gli adempimenti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a quater); effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l'attività svolta all'interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione.**(43)**

7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell'esercizio della predetta funzione di indirizzo:

- a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all'articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali;
- b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione e per favorire il potenziamento delle cure palliative**(44)**
- c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b), fornisce indicazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori;**(45)**
- d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;
- e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca;
- f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa;**(46)**
- g) garantisce l'attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale;
- h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;
- i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche;
- j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria avvalendosi della collaborazione tecnico – scientifica dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna;**(47)**
- k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute;
- l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di integrazione, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando queste ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori, in coerenza con gli indirizzi di programmazione di cui al comma 6;**(48)**
- l bis) stabilisce per tutti gli erogatori pubblici e privati le tariffe delle prestazioni e i meccanismi premianti e penalizzanti sulla loro valorizzazione, finalizzati al perseguimento della qualità, dell'appropriatezza e al governo dei tempi di attesa;**(49)**
- m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
- n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, l'attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati

delle università aventi sede in Lombardia, abilitati all'esercizio della professione, definendo le modalità di accesso e il relativo finanziamento nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale;(50)

n bis) istituisce un forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti, le associazioni ospedaliere adeguatamente formate e le società scientifiche di settore che ha per obiettivi principali il confronto sugli standard qualitativi dei dispositivi e dei presidi medici, l'apporto alla ricerca clinica e, in relazione alle competenze sviluppate e presenti all'interno delle associazioni, la collaborazione alla predisposizione e all'aggiornamento dei piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Nell'ambito dei centri di patologia è prevista la partecipazione stabile di almeno un rappresentante delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le relative modalità operative;(51)

n ter) favorisce l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie nell'ambito degli enti del Sistema sanitario e sociosanitario aventi sedi in aree montane o disagiate. A tal fine sono promossi accordi istituzionali con gli enti locali e le università finalizzati a individuare strumenti e facilitazioni che permettano di rendere attrattivo l'esercizio dell'attività in tutte le aree, garantendo la piena operatività del SSL, anche valutando in prospettiva modelli innovativi di gestione.(51)

8. Presso la competente direzione regionale opera in modo stabile e continuativo il Centro regionale di farmacovigilanza, già istituito dalla Giunta regionale, che partecipa alla rete europea e nazionale di farmacovigilanza in attuazione della direttiva 2010/84/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 dicembre 2010, del regolamento di esecuzione (UE) n. 520/2012 della Commissione del 19 giugno 2012 e del decreto del Ministero della salute 30 aprile 2015.(52)

9. La Regione, in coerenza con la normativa nazionale ed europea, promuove e coordina la collaborazione anche con le realtà economiche, produttive e commerciali locali ed internazionali, finalizzata al miglioramento degli standard qualitativi e al concorso del SSL al rilancio strategico e socioeconomico territoriale della Lombardia, anche attraverso lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, pubblicando annualmente una relazione sul sito della Regione.

10. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso uniforme e integrato inteso a prevenire eventi avversi ed utili a fornire alle medesime strutture e, per quanto di competenza, ai professionisti forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure che forniscano strumenti per la copertura dei rischi e dei danni derivanti da responsabilità professionale, nonché da responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate a garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori a livello di sistema regionale, assicurando omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, attraverso la determinazione di criteri e obiettivi per la definizione transattiva e stragiudiziale dei medesimi, per ottenere la riduzione dei tempi e determinare la complessiva congruità dei risarcimenti eventualmente riconosciuti da parte degli operatori del SSL.(53)

11. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, anche attraverso il coinvolgimento delle categorie professionali interessate, la Regione definisce in sede di approvazione del PSSSL le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) da utilizzare come linee guida del SSL, finalizzate ad ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva e il continuo miglioramento della sicurezza degli operatori e dei pazienti anche attraverso il potenziamento delle funzioni del centro regionale per la gestione del rischio clinico.(54)

12. La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione e coordina, anche avvalendosi della Fondazione regionale per la ricerca biomedica, le attività nell'ambito della rete di strutture specialistiche di riferimento, nonché, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli IRCCS.

13. La conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria svolge le funzioni di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma



dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) con compiti consultivi.(55)

13 bis. Sono istituiti il tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e il forum del terzo settore per l'espressione di pareri sul PSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali. Al forum del terzo settore partecipano le direzioni generali competenti in materia sociosanitaria e sociale ed i rappresentanti del terzo settore. È istituito, inoltre, l'osservatorio regionale con la partecipazione delle associazioni di rappresentanza dei comuni, degli enti gestori e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative da istituire con decreto della direzione generale competente in materia sanitaria e sociosanitaria.(56)

14. (57)

15. La Regione, graduando l'attivazione in funzione delle disponibilità finanziarie, può introdurre nel SSL la presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche e della salute del cavo orale, prevedendo, con appositi atti di Giunta regionale, i relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione analogamente alle altre prestazioni erogate dal SSL.

16. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, appartenenti anche al terzo settore, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove ed elabora, altresì, forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sentiti i tavoli tecnici e tematici, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale e di valorizzare la piena espressione delle rispettive capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti del SSL nel rispetto dei principi di equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b bis).(58)

16 bis. La Regione istituisce un tavolo permanente con le rappresentanze dei soggetti gestori pubblici e privati dei servizi sanitari e sociosanitari con il compito di contribuire alla corretta attuazione della programmazione regionale.(59)

17. La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l'integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.



Art. 5 bis

(Osservatorio epidemiologico regionale)(60)

1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:

- a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di 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 riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;
- c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità;
- d) in coerenza con il principio one health, 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;(61)
- e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;

- f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;
- g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e sociosanitario e migliorare gli interventi sanitari;(62)
- h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l'accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti e analisi; (63)
- i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inappropriati;(64)
- j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private, anche di livello internazionale, in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1. (65)

3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzia i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.



Art. 6

(Agenzie di tutela della salute)(66)

1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel P.S.O.L. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).(67)

3. Alle ATS sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:(68)

0a) analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell'adeguatezza dell'offerta al fine di proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private nell'ambito del territorio di competenza idonee a soddisfare pienamente i bisogni rilevati, ferma restando la competenza della Regione stessa ad autorizzare la realizzazione di tali strutture in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale anche con riferimento a caratteristiche dimensionali e ferma restando l'osservanza delle norme relative all'individuazione del soggetto realizzatore;(69)

a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;

b) garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;(70)

c) (71)

d) governo e diffusione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;

(72)

d bis) programmazione, controllo e governo delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;(73)

e) programmazione, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, zoomonitoraggio ambientale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all'export;(74)

f) programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;(75)

g) (76)

h) attuazione degli indirizzi regionali, governo territoriale e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;(77)

i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11;

i bis) coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;(78)

i ter) raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento, ferma restando l'autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie;(78)

i quater) coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i MMG e i PLS del territorio di competenza, sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati.(78)

4. Nell'ambito degli approvvigionamenti, alle ATS compete il coordinamento nella raccolta dei fabbisogni dei servizi logistici, informatici e dei beni e servizi sanitari in raccordo con l'Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti (ARIA).(79)

5. Le ATS, sentiti i collegi dei sindaci di cui all'articolo 20, comma 2, lettera b), si avvalgono del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale e per organizzare tale integrazione anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).(80)

6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale e si articola nei seguenti dipartimenti:(81)

a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;

b) (82)

c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie che svolge anche la funzione di coordinamento e sottoscrizione dell'accordo con i MMG e con i PLS di cui al comma 3, lettera i quater);(83)

d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;

e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;

f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sanitaria e sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza.(84)

6 bis. Il dipartimento di cui al comma 6, lettera f), attraverso la cabina di regia, favorisce l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale, promuove strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria e garantisce la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone con disabilità, promuovendo l'utilizzo da parte dei comuni e delle ASST  per progetto di vita quale strumento per creare percorsi personalizzati e integrati nella logica del budget di salute.**(85)**

7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non riscosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo  comma, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle ATS.**(86)**

8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, possono prevedere modelli di  coordinamento delle attività erogate da tutti i soggetti pubblici e privati nell'ambito del territorio di rispettiva competenza.**(87)**

9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le modalità e l'ammontare delle remunerazioni  delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione.**(88)**

10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purché in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati.

11. Le ATS, coerentemente con il PSSSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai  bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie.**(89)**

11 bis. Le ATS autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia) o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti  reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto competente per territorio.**(90)**

Art. 7

(Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere)(91)****

1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1.

2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10 e delle farmacie convenzionate, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i). **(92)**

3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

4. Le ASST adottano l'organizzazione interna più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, attribuisce al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero e al direttore sociosanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo territoriale. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle ASST. **(93)**

5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. A tal fine il direttore generale conferisce a ciascun settore aziendale autonomia economico-finanziaria all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle rispettive funzioni, per consentire il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attribuiti annualmente dal direttore generale articolati rispetto ai due settori aziendali. **(94)**

6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali.

7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori polo territoriale e polo ospedaliero, sovraintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST. **(95)**

8. Ai settori aziendali polo ospedaliero e polo territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). A tal fine la redazione delle linee guida dei POAS deve prevedere la valorizzazione di tutte le aree delle professioni sanitarie. **(96)**

9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta. **(97)**

10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse secondo quanto previsto dalla normativa statale e dai CCNL di riferimento. Il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero. **(98)**

11. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati dall'ATS, sentito il collegio dei sindaci, nell'ambito della funzione programmatica del dipartimento di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f). Al polo territoriale delle ASST afferisce la cabina di regia dell'ASST, con il compito di dare attuazione all'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ASST secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale. **(99)**

11 bis. Al polo territoriale delle ASST afferiscono comunque i seguenti dipartimenti: **(100)**

- a) dipartimento di cure primarie;
- b) dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;
- c) dipartimento funzionale di prevenzione.

12. Il settore aziendale polo territoriale delle ASST, a cui è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria sono svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ASST, e con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni. **(101)**

13. Al settore polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono: **(102)**

- a) gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- b) le case di comunità previste dal PNRR;
- c) le centrali operative territoriali (COT) previste dal PNRR.

14. Le ASST gestiscono gli ospedali di comunità e le case di comunità direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie e con la rete delle farmacie convenzionate, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure. **(103)**

15. Gli ospedali di comunità sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel

PSSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari. **(104)**

16. Le case di comunità, che svolgono le loro funzioni anche in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 e la cui distribuzione territoriale è attuata in applicazione delle linee di indirizzo nazionali e in coerenza con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell'Unione europea del 13 luglio 2021, e con la programmazione regionale e in cui operano i professionisti menzionati nel suddetto Piano ivi inclusi i MMG o i PLS riuniti in associazione o in cooperativa: **(105)**

- a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali; **(106)**
- b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;
- c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria;
- c bis) garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale assicurata anche dall'attività dei MMG e PLS, anche riuniti in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del d.lgs. 153/2009, secondo un modello organizzativo a due livelli, avanzato e di base, per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, anche nelle zone rurali e della fascia montana, considerando le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio e i bisogni di salute della popolazione di riferimento anche in rete con gli ambulatori sociosanitari territoriali di cui all'articolo 10, comma 11 quater. In ogni casa di comunità è presente un punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socioassistenziale. Al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, nella casa di comunità è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, dello psicologo e del consultorio. **(107)**

17. Gli ospedali di comunità possono essere organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. **(108)**

17 bis. Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto. È istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali. **(109)**

17 ter. La ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali. **(109)**

18. La Regione, nell'ambito di un piano di riordino complessivo della rete d'offerta del territorio della Città metropolitana di Milano, istituisce nuove aziende ospedaliere (AO) secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente. **(110)**

18 bis. La Regione valuta l'istituzione di nuove aziende ospedaliere sul resto del territorio lombardo, sulla base delle esigenze territoriali, fermi restando i requisiti previsti dalla normativa vigente. **(111)**

19. Nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e dei territori facenti parte delle comunità montane, nonché dei capoluoghi di provincia situati in aree montane, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione; in relazione all'ATS Montagna, la Giunta può valutare l'attribuzione alle singole ASST delle funzioni di cui all'articolo 6, comma 3, lettere b), d), e), f) e g). **(112)**

20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all'articolo 8.



Art. 7 bis
(Distretti)(113)



1. Ogni ASST si articola in distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona. **(114)**

1 bis. È possibile istituire distretti in comune tra diverse ASST confinanti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona. Con la deliberazione della Giunta regionale di approvazione delle linee guida dei POAS è disciplinata la modalità di gestione dei distretti afferenti a due ASST differenti. **(115)**

2. I distretti comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, tenuto conto della densità demografica territoriale e di quanto previsto al comma 1. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, il distretto può comprendere una popolazione di norma non inferiore a 20.000 abitanti. **(114)**

3. I distretti con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali. **(116)**

4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f).

5. I distretti, nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale, al fine di: **(117)**

- a) fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività; **(118)**
- b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all'articolo 10;
- c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;
- d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.

6. I distretti afferiscono direttamente al polo territoriale delle ASST e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dei rappresentanti delle comunità montane, al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs. 502/1992. **(119)**

7. L'erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalla presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS.

7 bis. Il direttore del distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati da almeno dieci anni, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. Il rapporto di lavoro è esclusivo, con limite massimo retributivo pari a quello previsto nell'azienda di riferimento per i dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa e indennità di direzione di dipartimento. L'incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento delle procedure e nel rispetto dei criteri e requisiti relativi agli incarichi di struttura complessa per

quanto compatibili. In caso di nomina di medici convenzionati gli stessi devono essere in possesso di un'adeguata formazione manageriale e il rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato. I direttori nominati sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, l'attestato della formazione manageriale per dirigente di struttura complessa (DSC) ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).**(120)**

Art. 7 ter

(Le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia)(121)

1. In ottemperanza al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Lombardia perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza.
2. Ad esse è garantita piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, secondo la disciplina dei relativi statuti. Nell'ambito dell'autonomia, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico della Lombardia concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7 della presente legge.

Art. 8

(Strutture private accreditate) (122)

1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo.
2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST e le AO di cui all'articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge.**(123)**
- 2 bis.** I soggetti erogatori di cui al comma 1 possono concorrere all'istituzione dei presidi di cui all'articolo 7, comma 13, lettere a) e b), fermo restando quanto previsto all'articolo 6, comma 3, lettera 0a).**(124)**
3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale.
- 3 bis.** Sono promosse forme di stabile coinvolgimento da parte della Regione, delle ATS e delle ASST, di soggetti erogatori sanitari e sociosanitari, anche aventi la qualifica di enti del terzo settore per la programmazione e realizzazione degli obiettivi del SSL.**(125)**

Art. 8 bis

(Ospedali classificati)(126)

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



Art. 8 ter

(Stabilimenti termali)(126)

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

Art. 9



(Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile) (127)

1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

3. La Regione a tali fini definisce in particolare:

- a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;
- b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.



Art. 10

(Sistema delle cure primarie) (128)

1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente.

- 2.** L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:
- a) l'assistenza sanitaria primaria;
 - b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;
 - c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali.
- 3.** Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che:
- a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato;
 - b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità;
 - c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
 - d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS;
 - d bis) siano finalizzati alla semplificazione delle procedure regionali per l'accesso e per lo svolgimento dell'attività dei MMG, dei PLS e dei medici di continuità assistenziale anche attraverso sistemi informativi che garantiscono facilità d'uso e celerità nella trasmissione dei dati.**(129)**
- 4.** Fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale.**(130)**
- 5.** Le ASST individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni.**(131)**
- 6.** Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative.
- 7.** Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.
- 8.** Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.**(132)**
- 9.** Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della

rete di offerta, fatti salvi i contenuti degli accordi collettivi nazionali di categoria. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria.**(133)**

10. Nell'ambito del sistema delle cure primarie, governato dalle ASST territorialmente competenti, sono istituiti i servizi di infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica e delle professioni sanitarie, intesi come singoli o associati a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie dei servizi, come previsto dall'articolo 84 della presente legge e dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).**(134)**

11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie e degli infermieri di famiglia e comunità, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni negli ospedali di comunità, nelle case di comunità o con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.**(135)**

11 bis. La Regione favorisce, nell'esercizio delle attività di cure primarie dei professionisti sanitari e dell'infermiere di famiglia e comunità e in relazione alle proprie competenze, l'utilizzo delle tecnologie informative per incrementare il ricorso alla telemedicina, al teleconsulto, al telemonitoraggio medico e assistenziale e alla teleriabilitazione, in sinergia con le farmacie, anche al fine di potenziare e migliorare la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche.**(136)**

11 ter. È istituito il comitato di indirizzo cure primarie, composto da dirigenti della direzione generale Welfare, con funzioni di coordinamento, e da rappresentanti della medicina territoriale, e degli infermieri di famiglia e comunità, al fine di predisporre annualmente linee guida, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, relative alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché alla programmazione della formazione dei MMG e degli infermieri di famiglia e comunità. La Giunta regionale definisce la composizione del comitato e le relative modalità di funzionamento con deliberazione da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".**(136)**

11 quater. La Regione sostiene, con oneri a carico del fondo sanitario, l'acquisto di apparecchiature medicali e della strumentazione di cui all'articolo 10 bis a beneficio dei MMG e dei PLS riuniti in associazione, ivi incluse le cooperative, prioritariamente destinati all'erogazione delle prestazioni a favore di pazienti affetti da patologie croniche anche con l'obiettivo di contenere le liste di attesa. A tal fine la Regione, mediante le ATS territorialmente competenti, finanzia programmi di investimento per la realizzazione di ambulatori sociosanitari territoriali attraverso la valorizzazione del patrimonio pubblico degli enti locali per l'assolvimento dei requisiti di accreditamento relativi alle prestazioni da erogare. L'attività erogata all'interno degli ambulatori sociosanitari territoriali deve essere coordinata con l'attività e i servizi delle case di comunità. Con provvedimento della Giunta regionale sono adottate le determinazioni per l'attuazione delle presenti disposizioni.**(136)**

Art. 10 bis(137)

Art. 11**(Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo)(138)(139)**

1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.(140)
2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica per la durata della legislatura e comunque fino alla nomina dei nuovi(141):
 - a) il direttore generale, rappresentante legale dell'Agenzia è nominato dalla Giunta regionale, fra coloro che sono inseriti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinate gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione; per quanto attiene gli aspetti previdenziali e assistenziali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992;(142)
 - b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992;
 - c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell'elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.
3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l'incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purchè inserito nell'elenco di cui alla lettera c).
4. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni:
 - a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgono le proprie attività in coerenza con i contenuti del piano annuale dei controlli;(143)
 - a bis) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;(144)
 - b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;
 - c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;
 - d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori;
 - e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, può proporre ulteriori indicatori alla Giunta regionale;(145)
 - f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bise può formulare proposte migliorative alla Giunta regionale;(146)
 - g) analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile;
 - h) (147)

- i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, e con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente; **(148)**
- i bis) sviluppa e valida indicatori di rischio in grado di rilevare in maniera tempestiva eventi sentinella specifici. **(149)**
- 5.** Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione. **(150)**
- 6.** Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore generale, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa. **(151)**
- 7.** La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge. **(152)**
- 8.** Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall'Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale e alla competente commissione consiliare la segnalazione di tali omissioni, affinché la stessa Giunta provveda all'assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente. **(153)**
- 9.** Ai fini della piena funzionalità dell'Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.

Art. 11 bis

(Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive)(154)(155)

- 1.** È istituita l'Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive quale ente di diritto pubblico, di supporto tecnico-scientifico del sistema sanitario, dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile, appartenente agli enti sanitari del sistema regionale di cui all'articolo 1 della l.r. 30/2006 in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42). **(156)**
- 2.** Sono organi dell'Agenzia: **(157)**
- a) il consiglio di amministrazione;
 - b) il direttore generale;
 - c) il collegio sindacale.
- 3.** L'Agenzia, in sinergia con le strutture sanitarie, gli istituti di ricerca e le università e in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale, svolge le seguenti funzioni: **(158)**
- a) preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche e relativa attività di formazione alle strutture a tal fine preposte;
 - b) gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico;
 - c) gestione dei dati epidemiologici in relazione ad epidemie e pandemie;
 - d) progettazione di interventi nella logica del principio one health prevedendo l'integrazione tra salute ambientale, animale e umana e adozione di un approccio olistico di salute globale;
 - e) proposte di miglioramento ambientale e di riduzione di rischi di zoonosi;
 - f) ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla diffusione di microorganismi;

- g) ricerca di nuove strategie terapeutiche;
- h) gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all'antibiotico-resistenza;
- i) azioni di prevenzione e formazione per il contrasto all'antibiotico-resistenza;
- j) studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione;
- k) ricerca e sviluppo di nuovi vaccini;
- l) sviluppo di programmi per il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca.

4. L'Agenzia, in collaborazione sinergica con le strutture sanitarie presenti sul territorio e tenuto conto del principio di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n quinquies), è articolata organizzativamente nelle seguenti aree: **(159)**

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

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

(160)

6. Con provvedimento della Giunta regionale sono determinate le indennità e gli eventuali rimborsi spese spettanti ai componenti del consiglio di amministrazione dell'Agenzia. **(157)**

7. Lo statuto dell'Agenzia, approvato dalla Giunta regionale, disciplina le funzioni e la durata degli organi, la sede e le modalità di funzionamento e organizzazione dell'Agenzia, nel rispetto del principio di separazione tra le funzioni di indirizzo e quelle di gestione riservate, rispettivamente, al consiglio di amministrazione e al direttore generale, nonché delle previsioni della presente legge. **(157)**

8. Il direttore generale, legale rappresentante dell'Agenzia, è nominato dalla Giunta regionale ed è individuato tra gli idonei presenti nella rosa regionale di cui all'articolo 12, comma 6. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. **(157)**

9. La direzione scientifica dell'Agenzia è affidata a un direttore scientifico nominato dal consiglio di amministrazione, d'intesa con il Presidente della Giunta regionale e sentito l'Assessore regionale al Welfare, in possesso di laurea in medicina e chirurgia e di comprovate capacità scientifiche e manageriali, previa selezione ad esito di avviso pubblico da parte di una commissione composta da tre esperti nelle suddette materie di cui uno nominato dalla Giunta regionale, uno da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e uno dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS). I lavori della commissione non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il rapporto di lavoro del direttore scientifico è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. **(157)**

10. Il collegio sindacale è organo di controllo contabile dell'Agenzia ed è nominato secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992. **(157)**

Art. 12**(Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IPCCS) (161)**

1. Sono organi delle ATS, delle ASST e delle AO il direttore generale, quale legale rappresentante e responsabile della gestione complessiva, il collegio di direzione e il collegio sindacale. **(162)**

1 bis. I direttori generali sono nominati, per non più di due mandati consecutivi nella stessa sede, con deliberazione della Giunta regionale secondo le disposizioni del d.lgs. 502/1992 e del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria). Presso le aziende nelle quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene d'intesa con il rettore dell'università interessata. L'intesa s'intende acquisita decorsi cinque giorni lavorativi dall'inoltro della proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore. **(163)**

2. I direttori generali sono valutati da parte della Giunta regionale secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 171/2016. La Giunta regionale può, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto. **(164)**

3. **(165)**

4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione della rosa dei candidati fra i quali vengono scelti i direttori generali, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività. **(166)**

5. **(167)**

6. La commissione regionale di cui all'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, in particolare, individua tra gli idonei al conferimento dell'incarico di direttore generale le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il quadruplo e il quintuplo dei direttori da nominare. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del d.lgs. 171/2016, l'inserimento nella rosa regionale ha una durata massima di tre anni purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale. La commissione regionale effettua la valutazione dei candidati per titoli e colloquio e descrive le caratteristiche dei candidati individuati. **(168)**

6 bis. I direttori generali delle fondazioni IPCCS di diritto pubblico sono individuati esclusivamente tra coloro che risultano inseriti nella rosa regionale di cui al d.lgs. 171/2016 e non possono ricoprire l'incarico per più di due mandati consecutivi nella medesima fondazione. **(169)**

7. **(170)**

8. **(170)**

9. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere), graduata secondo la complessità organizzativa e gestionale, il volume di produzione, il numero di abitanti e la superficie territoriale dell'ente in cui viene nominato, e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita deliberazione della Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente. Il trattamento economico del direttore generale è integrato, in coerenza con quanto previsto dal d.p.c.m. 502/1995, in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio ed aggiornamento, promosse e

disciplinate dalla Regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali lo stesso deve partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo del direttore generale delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo. **(171)**

10. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 6, del d.lgs. 502/1992, in caso di vacanza dell'ufficio, assenza o impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo più anziano di età. La gestione interinale non può protrarsi oltre sei mesi. Entro tale termine, la Giunta regionale procede alla nomina del direttore generale o, per un periodo massimo di dodici mesi, di un commissario straordinario. Il commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 99 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale). **(172)**

11. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale o del commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria, nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il direttore generale cessato dall'incarico, il nuovo direttore generale o il commissario straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige il verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa. La Giunta ha facoltà di disporre apposite due diligence straordinarie e anche nei confronti di gestioni aziendali la cui direzione è esercitata dallo stesso titolare da più di cinque anni.

12. Il direttore generale nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 13. È facoltà del direttore generale procedere, con provvedimento adeguatamente motivato, alla revoca degli incarichi affidati al direttore sanitario, al direttore amministrativo e al direttore sociosanitario.

13. La Giunta regionale definisce la composizione, le competenze e i criteri di funzionamento del collegio di direzione, e disciplina le relazioni con gli altri organi aziendali nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 17 del d.lgs. 502/1992.

14. Il collegio sindacale è nominato dal direttore generale e svolge, in particolare, le seguenti funzioni: a)

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

15. Il collegio di direzione e il collegio sindacale sono nominati secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992.

16. Ai componenti del collegio sindacale spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.

16 bis. (173)

16 ter. (173)

Art. 13

(Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario)(174)

1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2 e 3.

2. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un'età inferiore a sessantacinque anni e un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia gestionale e delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

5. (175)

6. (175)

7. (175)

8. L'inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconferibilità dell'incarico.**(176)**

9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a tre e non superiore cinque anni, con verifiche. Il trattamento economico dei direttori sanitari, amministrativi e sociosanitari è integrato, in coerenza con quanto previsto dal d.p.c.m. 502/1995, in relazione a corsi di formazione manageriale e iniziative di studio e aggiornamento, promosse e disciplinate dalla Regione con provvedimento della Giunta regionale, alle quali gli stessi devono partecipare per garantire un elevato livello di qualità della prestazione professionale connessa al ruolo ricoperto. Il collocamento a riposo dei direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari delle strutture sanitarie pubbliche comporta la cessazione dall'incarico e la conseguente risoluzione del contratto a far data dal giorno del collocamento a riposo.**(177)**

10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.

Art. 13 bis(178)

Art. 14(179)

Art. 15

(Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie) (180)

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.
2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce:
 - a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA;
 - b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a);
 - c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accREDITAMENTO, nonché la durata del medesimo accREDITAMENTO e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti;
 - d) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie.
3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 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), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.
4. Le ATS svolgono l'istruttoria per l'accREDITAMENTO e per eventuali variazioni dell'accREDITAMENTO, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accREDITAMENTO in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico. **(181)**
5. Per le strutture pubbliche e private l'accREDITAMENTO da parte della Regione si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate da parte della stessa Regione, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati. **(182)**
6. L'accREDITAMENTO è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate.
7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accREDITAMENTO.
8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale.
9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accREDITAMENTO, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende

sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale.

10. L'accertamento, da parte dell'ATS competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria è trasmesso alla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate.

11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.

12 bis. Gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico. **(183)**

Art. 16

(Agenzia regionale dell'emergenza urgenza) (184)

1. È istituita l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'AREU, sulla base degli indirizzi regionali, attua la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti. All'AREU sono assegnati la programmazione e il controllo del Servizio NUE 112. L'AREU garantisce il coordinamento intraregionale e interregionale, l'indirizzo, la gestione, lo svolgimento, il monitoraggio della rete dell'emergenza urgenza extra ospedaliera e del Servizio NUE 112. Assicura inoltre il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, il coordinamento delle centrali operative integrate per la continuità assistenziale. L'AREU opera inoltre in raccordo con il sistema di protezione civile per far fronte alle grandi emergenze, promuove attività scientifiche e di ricerca in collaborazione con altre strutture sanitarie ed esercita ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale. **(185)**

2. Per le funzioni di cui al comma 1 l'Agenzia: **(186)**

- a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale, per il tramite dell'assessorato al Welfare;
- b) svolge, su indicazione della direzione generale Welfare, le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e del Ministero della Salute;
- c) dirige l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera in collaborazione con gli altri enti del sistema sociosanitario, come definito nei rapporti convenzionali, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio in

coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;(187)

d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale;

e) gestisce il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra ospedaliero di base con le organizzazioni di volontariato nel rispetto della specifica normativa di riferimento;

f) assicura il coordinamento logistico del rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure;

g) garantisce, in collaborazione con le ATS e le ASST e in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i), l'erogazione dei LEA di competenza e dei relativi controlli nell'ambito dell'attuazione della programmazione regionale;(188)

h) assicura, in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale, attività scientifiche e di ricerca su modelli organizzativi relativi agli ambiti di competenza valorizzando l'esperienza dell'emergenza urgenza con particolare riferimento allo sviluppo dell'attività formativa.(189)

3. L'Agenzia garantisce altresì l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS e le ASST competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all'attività NUE 112 svolta dall'Agenzia, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l'afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa.(190)

4. Sono organi dell'Agenzia: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione:

a) il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all'articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L'incarico affidato al direttore generale ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque;(191)

b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali.

5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell'Agenzia si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale.

6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all'AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell'attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale.

7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale, oltre ad assegnare annualmente uno specifico finanziamento secondo quanto previsto dal comma 6, definisce le modalità di collaborazione dell'Agenzia con altre amministrazioni pubbliche per l'implementazione e lo sviluppo del servizio sul territorio nazionale.(192)

8. In occasione dell'adozione dei provvedimenti di natura programmatica, organizzativa e finanziaria, relativi alle funzioni di cui ai commi 1 e 3, la Giunta regionale acquisisce il parere dell'Agenzia sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento di tali funzioni, sia in termini di risorse umane sia in termini di risorse finanziarie correnti e di investimento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.(193)

Art. 17

(Organizzazione dei soggetti afferenti al servizio socio sanitario lombardo)(194)(195)

1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva gli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL.(196)

2. Ogni tre anni, a seguito dell'emanazione degli indirizzi di programmazione per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL sottopongono all'approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche, il POAS e il piano dei fabbisogni triennale. Il POAS, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, può essere aggiornato annualmente qualora subentrino esigenze particolari. I POAS e i relativi

aggiornamenti sono, di norma, approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione.

(197)

3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali. A tal fine le linee guida regionali per la redazione dei POAS sono approvate dalla Giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare, del Consiglio delle autonomie locali e dei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.**(198)**

4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti:

a) i POAS e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico;**(199)**

b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell'utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS di diritto pubblico.**(200)**

5. Le richieste di chiarimenti, ai fini dei controlli di cui al comma 4, da parte della direzione generale competente, comportano l'interruzione del termine per l'esercizio del controllo fino all'acquisizione dei chiarimenti. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno.**(201)**

6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell'albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.

7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi.

8. Le ATS, le ASST, l'AREU, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2008) ARIA S.p.A., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna.**(202)**

9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati 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.

10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale, le attività cliniche e le attività di vigilanza e controllo, gli IRCCS di diritto pubblico, l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, le ASST e le ATS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati e senza oneri a carico del bilancio regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti.**(203)**

11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni professionista del SSL.

12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni).

12 bis. I compensi per i componenti delle commissioni esaminatrici costituite presso le ATS e le ASST sono liquidati nella misura stabilita dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 marzo 1995 (Determinazione dei compensi da corrispondere ai componenti delle commissioni esaminatrici e del personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso indetti dalle amministrazioni pubbliche), ridotta del dieci per cento. **(204)**

Art. 17 bis

(Sistema formativo per il servizio sociosanitario lombardo)(205)(206)

1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie, sociali e tecnico-amministrative del SSL, con l'obiettivo di migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini. **(207)**

2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'acquisizione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità. **(208)**

3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e il relativo aggiornamento annuale, in linea con gli indirizzi di programmazione regionale, persegue il miglioramento della qualità del SSL per favorire l'attuazione del PSSL. **(209)**

4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziarie regionali e d'intesa con le università.

5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale.

6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia (PoliS Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. **(210)**

7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità:

a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;

b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 ; **(211)**

c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura:

1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione;

2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE

che modificano la direttiva 93/16/CEE);

d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PSSL;(212)

e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accesso alla formazione continua;

f) verificare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi;(213)

f bis) favorire la conoscenza delle eccellenze internazionali;(214)

g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica;(215)

h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.

Art. 17 ter

(Borse di studio aggiuntive per i medici di medicina generale)(216)

1. La Regione finanzia borse di studio aggiuntive, di cui una quota da destinare alle zone montane e alle zone disagiate, rispetto a quelle di cui al Titolo IV, Capo I, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e del reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e della direttiva 97/50/CE, della direttiva 98/21/CE, della direttiva 98/63/CE e della direttiva 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE) per incentivare la formazione dei medici di medicina generale e favorirne la permanenza nell'ambito del servizio sanitario regionale.(217)

2. Possono accedere alle borse aggiuntive regionali i medici, utilmente collocati nella graduatoria formata a seguito delle procedure concorsuali di cui all'articolo 25 del d.lgs. 368/1999, che:

a) siano in possesso dei seguenti requisiti:

1. iscrizione all'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Regione alla data di inizio delle attività didattiche del corso di formazione specifica in medicina generale;
2. residenza in Lombardia da almeno tre anni, alla data di scadenza del bando di concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale;
3. non avere già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito;

b) si impegnino, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale e ad aderire ai programmi di sviluppo regionali.

3. In caso di inadempimento agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), il medico assegnatario della borsa aggiuntiva regionale è tenuto a restituire alla Regione fino all'ottanta per cento di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale.

4. In caso di rinuncia, anche quando i corsi siano stati avviati, l'assegnatario è tenuto alla restituzione di quanto già percepito; la borsa aggiuntiva regionale può essere riassegnata in base alla graduatoria di cui al comma 2.

Art. 18

(Valorizzazione e sviluppo professionale del personale del SSL)(218)(219)

1. La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza tutto il personale medico, sanitario,

sociosanitario e tecnico-amministrativo e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni e delle competenze nell'attuazione del governo clinico, anche al fine di assicurare la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità del percorso di cura. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità. **(220)**

1 bis. È istituito, quale organismo di consultazione e supporto agli atti di programmazione regionale, un comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie del quale fanno parte rappresentanti della Regione, degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Tale comitato rende parere obbligatorio in merito alla proposta di piano sociosanitario regionale di cui all'articolo 4 e ai conseguenti indirizzi programmatici regionali di interesse del comitato stesso. Il comitato è costituito entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" con deliberazione della Giunta regionale che ne definisce la composizione e le modalità di funzionamento. **(221)**

2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni regionali finalizzate all'efficacia ed all'efficienza, la Giunta regionale, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 97 della Costituzione e nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all'effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi. **(222)**

3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le attività sanitarie svolte nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell'evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento: **(223)**

a) all'attuazione dalla legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali);

b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

c) alle professioni del settore odontotecnico: odontotecnico ed assistente di studio odontotecnico;

d) alla promozione dell'innalzamento della qualità della formazione dell'osteopata; **(224)**

d bis) all'arte ausiliaria di ottico; **(225)**

e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute;

f) all'aggiornamento della disciplina regionale relativa ai professionisti in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale;

f bis) al farmacista in ambito ospedaliero e territoriale. **(226)**

4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea

organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale recante "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" è istituito l'elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria.

5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regola il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

7. (227)

8. La Regione favorisce l'espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL.

8 bis. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, adotta, nel rispetto della normativa statale e della contrattazione collettiva di riferimento, linee guida in ordine all'attività libero professionale intramuraria della dirigenza medica, veterinaria e dei dirigenti del ruolo sanitario. **(228)**

8 ter. È autorizzato in via sperimentale lo svolgimento dell'attività libero-professionale con le modalità dell'intramoenia allargata secondo i criteri e i presupposti previsti dalla normativa vigente, da declinare nelle linee guida di cui al comma 8 bis, che disciplinano anche i criteri idonei ad assicurare la trasparenza delle agende, la tracciabilità dei pagamenti e il collegamento in rete con le strutture del sistema. **(229)**

Art. 18 bis

(Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico)(230)

1. I nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, in relazione ai rispettivi enti sanitari di riferimento:

- a) valutano la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo;
- b) verificano la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità;
- c) verificano la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni;
- d) valutano la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- e) concorrono a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza;
- f) esercitano le ulteriori funzioni previste dall'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione.

2. Ciascun nucleo di valutazione è costituito, previo avviso pubblico, con provvedimento del direttore generale dell'ente sanitario. Dura in carica tre anni ed è composto da tre esperti esterni alla struttura o alla fondazione di cui uno con funzioni di presidente. Uno dei componenti è selezionato tra il personale in servizio presso la Giunta regionale partecipante all'avviso pubblico. I candidati devono essere in possesso di laurea magistrale, diploma di

laurea specialistica oppure laurea vecchio ordinamento. Ciascun componente può far parte di non più di due nuclei di valutazione e può essere rinnovato una sola volta presso lo stesso ente sanitario, previo avviso pubblico.(231)

3. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottare entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante «Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico finanziaria regionale, ai sensi dell'art. 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – Collegato 2020», sono definiti:

- a) le modalità di selezione dei componenti dei nuclei di valutazione, i loro requisiti specifici di competenza, esperienza e integrità, nonché le cause di incompatibilità volte a garantire un'effettiva indipendenza;
- b) l'importo dell'indennità annua lorda onnicomprensiva attribuita, da parte degli enti sanitari di cui al comma 1, al presidente e agli altri componenti di ciascun nucleo di valutazione, nella misura commisurata alla complessità dell'ente sanitario e comunque non superiore al settanta per cento dell'indennità prevista dell'articolo 12, comma 16, per i corrispondenti componenti dei collegi sindacali delle strutture sanitarie pubbliche;
- c) la declinazione puntuale dei compiti dei nuclei di valutazione e le relative modalità di funzionamento, compresa l'individuazione delle strutture organizzative di supporto;
- d) le modalità di raccordo con l'organismo indipendente di valutazione di cui all'articolo 30 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale), nonché con le strutture della direzione generale regionale competente in materia di sanità.



Art. 19

(Sperimentazioni gestionali)(232)

1. La Regione, anche in attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL.

2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri:

- a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato;(233)
- a bis) selezione con procedura ad evidenza pubblica del soggetto privato partecipante alla sperimentazione;(234)
- b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell'autorizzazione, dell'accREDITamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992.

3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.

4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una volta sola per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, o comunque passati almeno dieci anni dall'inizio della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo all'autorizzazione, all'accREDITamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore secondo le regole di cui all'articolo 15 o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.(235)

5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull'andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l'appropriatezza prestazionale ed economica. Tali rimodulazioni possono essere autorizzate dalla Giunta regionale anche al momento della stabilizzazione del modello gestionale di cui al comma 4, ferma restando l'impossibilità di modificare le attività oggetto della procedura ad evidenza pubblica.(236)



Art. 19 bis
(237)



Art. 19 ter
(238)



Art. 20
(Conferenza dei sindaci) (239)

1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio delle ASST.
2. La conferenza dei sindaci, in particolare:
 - a) formula, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali;
 - b) individua i sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri alle ATS sugli ambiti di cui all'articolo 6, comma 5, e su quanto previsto dal presente comma e partecipa alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);
 - c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ASST;
 - d) promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche favorendo la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;
 - e) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.
3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.
4. Il funzionamento della conferenza, del collegio e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. La deliberazione di cui al primo periodo prevede, in particolare, la nomina di un presidente rispettivamente della conferenza, del collegio e del consiglio di rappresentanza dei sindaci.
5. L'assemblea dei sindaci del distretto è composta dai sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, dei comuni afferenti al distretto. L'assemblea svolge le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.



Art. 21

(Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi)(240)

1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l'ISTAT

e gli altri istituti centrali.

2. Il sistema informativo sanitario, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:(241)

- a) coordinare le attività di tutti i soggetti connessi al sistema informativo sociosanitario;(242)
- b) raccogliere le informazioni provenienti da tali soggetti, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti;(243)
- c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto;
- d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali.

3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a:

- a) realizzare, implementare e diffondere l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo quanto previsto dal decreto del Ministro dell'economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 'Progetto Tessera Sanitaria'), nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini;(244)
- b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutti gli erogatori pubblici e privati del SSL e anche con il coinvolgimento delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici;(245)
- c) realizzare, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la rete regionale di prenotazione in cui devono confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie pubbliche e private al fine di superare modalità isolate e canali non integrati; al fine di garantire una gestione razionale e trasparente degli accessi alle prestazioni sanitarie la Regione promuove l'uso diffuso del sistema di prenotazione regionale. Le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale, pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema. I costi di adesione e i costi per la prenotazione delle prestazioni da parte dei cittadini sono a carico del fondo sanitario regionale. Le previsioni di cui alla presente lettera sono oggetto di integrazione del contratto tra strutture erogatrici e ATS che è definito con deliberazione della Giunta regionale. Gli effetti delle presenti disposizioni decorrono dall'entrata in vigore della legge regionale recante 'Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019' per quanto compatibili col quadro contrattuale vigente ai sensi della normativa in materia di contratti pubblici e sono progressivamente portate a regime a far data dalla messa in esercizio del nuovo servizio di prenotazione regionale a seguito di affidamento da parte della Regione;(246)
- d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste d'attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini;
- e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini;
- e bis) sostenere, con oneri a carico del fondo sanitario, l'integrazione con la piattaforma regionale a supporto della presa in carico dei sistemi informativi dei MMG e dei PLS utilizzati per l'adesione al percorso di presa in carico e per la redazione del piano assistenziale individuale, anche in relazione all'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico e di profilo sanitario sintetico; a tal fine la Regione assicura un contributo annuo quale integrazione al contributo previsto dall'ACN, da definire con la deliberazione di Giunta regionale che stabilisce gli indirizzi di programmazione annuale e nell'ambito della contrattazione integrativa regionale della medicina territoriale, destinato a ciascun MMG e PLS aderente al modello di presa in carico del paziente cronico e

fragile; con deliberazione di Giunta regionale sono altresì definitive le modalità di verifica dell'adesione e della regolare gestione dei pazienti arruolati. **(247)**

4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS).

5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali.

6. (248)

7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.



Art. 22

(Sistema informativo contabile)(249)

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS di diritto pubblico e l'AREU si dotano 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. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema. **(250)**

2. 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, 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, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate 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, ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali **(251)**.

3. Il sistema contabile del comparto socio-sanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale.

4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale.

5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4 è composto dalle seguenti contabilità sezionali:

- a) attività sociali e sociosanitarie;
- b) attività libero-professionali intramurarie;
- c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS;
- d) attività di emergenza urgenza.

6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie:

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

7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare.

8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.

9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale  corredata dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale. **(252)**

10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato.

11. Il bilancio d'esercizio degli enti pubblici di cui alla presente legge è adottato dal direttore generale o dal consiglio di amministrazione delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio. Il bilancio consolidato è  approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. **(253)**

11 bis. Contestualmente alla presentazione del bilancio di esercizio, le ATS, le ASST, le fondazioni IRCCS di diritto pubblico, l'APRU e l'Agenzia di controllo trasmettono alla direzione generale Welfare una relazione in ordine alle azioni adottate con riferimento all'articolo 2, comma 1, lettera a quater), anche ai fini della valutazione dei direttori generali. **(254)**

12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento.

13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto degli obiettivi economico-finanziari, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del 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 è 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. **(255)**

14. Qualora per esigenze straordinarie sia necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e 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 e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali gli enti danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni.

15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi:

- a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre;
- d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA.

16. 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 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli 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).

17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; in sostituzione del direttore generale decaduto la Giunta regionale nomina un nuovo direttore generale o un commissario straordinario con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. **(256)**

18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione

sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L'eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità specifiche approvate dalla Giunta regionale.



Art. 23(257)



Art. 23 bis

(Uffici di pubblica tutela) (258)



1. Le ATS, le ASST, le AO, gli IRCCS di diritto pubblico e l'AREU istituiscono un ufficio di pubblica tutela, di seguito denominato UPT, quale organismo indipendente per la tutela dei diritti degli utenti. **(259)**
2. L'UPT in particolare:
 - a) segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi;
 - b) si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti;
 - c) verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi.
3. L'UPT ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni esclusivamente in merito agli specifici casi di cui si occupa e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio. Le informazioni e i chiarimenti richiesti devono essere forniti nel termine massimo di trenta giorni. In caso di mancato rispetto del termine previsto, l'UPT ne fa segnalazione alla Direzione generale competente in materia di sanità che interviene nel rispetto delle proprie competenze.
4. La responsabilità dell'UPT è affidata dal direttore generale, su proposta della conferenza dei sindaci, a persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario e sulla base di apposito avviso pubblico. L'incarico di responsabile dell'UPT, rinnovabile per non più di una volta, ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque ed è onorario, salvo l'eventuale riconoscimento delle spese di trasporto debitamente rendicontate per i trasferimenti relativi allo svolgimento delle funzioni attribuite. Il direttore generale garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente delle funzioni dell'UPT anche assicurando la messa a disposizione di mezzi e personale adeguato allo svolgimento di tali funzioni, nonché il coordinamento con le attività degli uffici per le relazioni con il pubblico istituiti ai sensi dell'articolo 8 della legge 7 giugno 2000, n. 150 (Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni). I requisiti richiesti per il responsabile dell'UPT sono definiti con deliberazione della Giunta regionale.



Art. 24

(Riconoscimento del ruolo degli enti del terzo settore e valorizzazione del ruolo del volontariato)(260)

1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della

professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione e ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito del forum di cui all'articolo 5, comma 7, lettera n bis). **(261)**

2. La Regione promuove e favorisce attività ed eventi di beneficenza finalizzati alla raccolta di fondi da destinare al potenziamento delle attività del SSL, a investimenti in edilizia sanitaria e tecnologia o attività di studio e ricerca, proposte da soggetti che garantiscano l'assenza di conflitto di interessi dando indicazione ai soggetti beneficiari di assicurare la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi. **(262)**

2 bis. La Regione, al fine di rispondere in modo sempre adeguato e inclusivo ai bisogni delle persone e delle famiglie, promuove l'avvio di sperimentazioni e di nuove modalità di risposta alle problematiche sociali e sociosanitarie della popolazione privilegiando il confronto con le realtà del terzo settore attraverso gli strumenti della coprogrammazione e coprogettazione, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 19. **(263)**

Art. 25

(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)(264)

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale.

2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria;
- b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale;
- c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito;
- d) possono presentare richiesta per l'utilizzo o la cessione dei beni dismessi: enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

3. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.

Art. 25 bis(265)

Art. 26

(Unità di offerta sociosanitarie)(266)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti. **3.**

- 3.** La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitaria in coerenza con quanto previsto dall'articolo 20, comma 2, lettera a). **(267)**
- 4.** La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, vera riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze, del disagio giovanile e della fragilità e non autosufficienza. **(268)**
- 5.** Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove mediante gli strumenti del progetto di vita e del budget di salute l'aggiornamento degli standard assistenziali e di accreditamento della rete erogativa di offerta attraverso: **(269)**
- a) modalità di presa in carico della persona con fragilità attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie e di modelli assistenziali innovativi; **(270)**
 - b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni e dell'emersione dei desideri e delle preferenze della persona attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci; **(271)**
 - c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona con fragilità e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare; **(272)**
 - d) strumenti di supporto alla persona con fragilità e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato; **(272)**
 - e) strumenti di supporto alla persona con fragilità e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare. **(272)**
- 5 bis.** La Regione, nell'ambito del piano di riordino complessivo della rete d'offerta e dei requisiti di cui al comma 5, al fine di innalzare progressivamente i livelli qualitativi delle prestazioni residenziali, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» avvia una sperimentazione per attivare titoli destinati a soggetti affetti da gravi disabilità utilizzabili dall'utente presso le unità d'offerta accreditate a contratto in coerenza con la cornice regolatoria vigente. **(273)**

Art. 27

(Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale) **(274)**

- 1.** Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante:
- a) finanziamento ordinario corrente: definito nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato:
 - 1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
 - 2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata;
 - b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all'erogazione di livelli di assistenza aggiuntivi rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale; **(275)**
 - c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l'incremento di aliquote fiscali e l'introduzione degli automatismi

fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004);

d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 1988'); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l'acquisizione e l'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non;

e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da:

1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;
2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie;
3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore;
4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del servizio sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte portate in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute;**(276)**
5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e ricerche senza scopo di lucro;
6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP);
7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS di diritto pubblico, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente.**(277)**

2. La Regione promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG, in coerenza con quelle statali, finalizzata all'adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. La Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi per gli erogatori pubblici e privati, in base a indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, nonché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente. **(278)**

3. Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo.

4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale:

- a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici

civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità;

b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti;

c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16.

5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate.

6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene:

a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale;

b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate.

7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15.

8. 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'articolo 9 del d.lgs. 502/1992.

9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico redigono un programma annuale di alienazione del patrimonio immobiliare disponibile corredato di apposita relazione che indichi la destinazione dei proventi e attesti la non incidenza della correlata diminuzione patrimoniale sul perseguimento degli scopi istituzionali. **(279)**

10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il DPR 616/80, la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.

Art. 27 bis

(Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)(280)

1. E' autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia. **(281)**

2. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un

massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri:

- a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;
- b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;
- c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio.

3. Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri:

- a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;
- b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;
- c) impact factor standardizzato della struttura.

4. La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a:

- a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;
- b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;
- c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

5. La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell'impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell'impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3.

6. Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all'articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale.

7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.



Art. 27 ter(282)



Art. 27 quater

(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)(280)

1. Gli enti di cui alla presente legge ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 della legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La

Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l'equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.

Art. 27 quater 1

(Esonero dalla compartecipazione della spesa sanitaria per gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale)(283)

1. Gli operatori delle Forze armate, delle Forze di polizia, della Protezione civile, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della Polizia locale che accedono in pronto soccorso a seguito di infortunio durante il servizio o per ragioni di servizio sono esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione alle prestazioni erogate anche in caso di dimissione in codice bianco. Indipendentemente dal codice di dimissione dal pronto soccorso, gli stessi operatori sono altresì esonerati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria in relazione a eventuali successive prestazioni strettamente correlate all'infortunio per un periodo massimo di un anno a decorrere dal giorno dell'evento traumatico. Le disposizioni di cui al primo e secondo periodo non operano per le prestazioni soggette a copertura assicurativa per gli infortuni sul lavoro.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante «Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2020», la Giunta regionale fornisce alle strutture sanitarie criteri e indicazioni operative in ordine all'applicazione della disposizione sull'esenzione temporanea di cui al secondo periodo del comma 1; tale disposizione acquista efficacia alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione recante i suddetti criteri e indicazioni operative.



Art. 27 quinquies

(Sanzioni)(280)

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l'accreditamento e l'inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l'applicazione delle seguenti sanzioni:

- a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;
- b) da € 5.000 a € 50.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;
- c) da € 3.000 a € 30.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l'autorizzazione o non è stata presentata la SCIA;
- d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;
- e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;
- e bis) da € 500 a € 5.000 se si tratta di strutture sociosanitarie, per codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni

erogate;**(284)**

f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;

g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;

h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi;

i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie;

j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi.

2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere e) e g), la  soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato.**(285)**

3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione.

4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione.

5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accredimento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività.

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

7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accredimento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo.

8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere d), e), e bis), f), g) e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accredimento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività.**(286)**

9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accredimento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività.

10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.



Art. 27 sexies(287)

Titolo II(288)

Titolo III

Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca(289)



Art. 28



(Rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca)(290)

1. La Regione, nell'ambito della programmazione sociosanitaria, costituisce, curandone l'implementazione, la rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca sia in ambito assistenziale specialistico sia in ambito territoriale al fine di:

- a) assicurare percorsi formativi adeguati per i profili professionali dell'area medica e delle professioni sanitarie;
- b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca;
- c) incentivare lo sviluppo della ricerca scientifica e dell'innovazione;
- d) valorizzare le strutture del servizio sociosanitario;
- e) garantire la formazione, anche sotto il profilo organizzativo e manageriale per la creazione di modelli per la presa in carico degli assistiti, in base ai principi di appropriatezza clinica e organizzativa, nonché di efficacia ed efficienza.

2. Nel perseguimento delle finalità di cui al comma 1, la Regione coinvolge le Università, l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo di cui all'articolo 17 bis, nonché l'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica nella determinazione del fabbisogno di medici specialistici.

3. La Regione, sentito il Comitato di indirizzo di cui all'articolo 30, definisce, previo parere della competente commissione consiliare, l'articolazione territoriale della rete regionale comprendendo le strutture degli erogatori di cui agli articoli 7 e 8, degli IRCCS e degli erogatori sociosanitari pubblici, nonché le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia.

4. La rete regionale può articolarsi in aree geografiche corrispondenti ai territori delle ATS anche in forma aggregata

5. Le strutture di cui al comma 3 devono essere in possesso delle dotazioni strutturali, organizzative, strumentali, nonché dei requisiti di qualità formativa idonei a garantire:

- a) lo svolgimento dei corsi di laurea delle facoltà di medicina e chirurgia;
- b) la formazione specialistica post-lauream relativa alla facoltà di medicina e chirurgia;
- c) lo svolgimento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie;
- d) lo svolgimento del corso regionale di formazione in medicina generale;
- e) l'innovazione, la ricerca e l'aggiornamento continuo in medicina che non siano ricompresi nelle lettere da a) a d).

6. Al fine di garantire lo sviluppo integrato dell'assistenza, dell'innovazione, della ricerca, della didattica e dell'aggiornamento continuo dei professionisti, conformemente alla programmazione regionale, all'interno della rete regionale, con le modalità di cui al comma 3, possono essere individuate reti di strutture organizzative specialistiche che possiedono caratteristiche di multidisciplinarietà, alta complessità della casistica trattata, sia in area chirurgica sia in area medica.

7. I rapporti tra il servizio sociosanitario lombardo e le Università sono disciplinati dal protocollo d'intesa di cui all'articolo 29, in conformità al presente titolo e nel rispetto del principio di leale collaborazione.



Art. 29

(Protocollo d'intesa tra la Regione e le Università)(290)(291)

1. La Regione stipula con le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia un protocollo generale d'intesa per lo svolgimento di attività assistenziali, didattica, formative e di ricerca. Il protocollo definisce in particolare:

- a) i parametri per l'individuazione e la valutazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca, tenuto conto della produzione scientifica, della complessità e numerosità dei casi trattati, della presenza di tecnologie innovative e dell'impatto della ricerca traslazionale, garantendo in ogni caso la presenza di unità organizzative assistenziali inerenti a tutte le discipline cliniche previste nei regolamenti didattici dei singoli corsi di laurea;
- b) le modalità di collaborazione tra l'Università e gli erogatori coinvolti volte ad assicurare l'integrazione tra le attività di cui alla lettera a) e a soddisfare le specifiche esigenze formative;
- c) l'organizzazione delle reti d'insegnamento all'interno degli erogatori, privilegiando modelli organizzativi dipartimentali per l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca nel rispetto delle competenze e responsabilità delle Università e degli erogatori e delle linee guida regionali in materia di organizzazione e personale relativamente alle strutture organizzative comprese nelle reti di insegnamento;
- d) gli aspetti di dettaglio relativi all'attività assistenziale svolta dai professori e dai ricercatori universitari nelle strutture sanitarie anche con riferimento agli obiettivi assegnati e alla loro verifica;
- e) i requisiti per l'individuazione delle unità operative che possono essere dirette da personale universitario prevedendo strutture complesse idonee a garantire contestualmente l'attività di cura e assistenza e l'espletamento delle attività legate alla funzione formativa;
- f) le modalità di partecipazione del personale del SSL alla formazione didattica di base e specialistica, personale a cui possono essere affidati, conformemente alla normativa statale, i seguenti incarichi:
 1. titolare di insegnamento;
 2. 2. tutor che può guidare il percorso di singoli medici in formazione, coordinare l'interazione tra i medici in formazione e la struttura presso la quale avviene il percorso formativo professionalizzante e curare il raggiungimento di obiettivi formativi molto specifici;
- g) gli strumenti di identificazione dei medici in formazione all'interno delle strutture e di tracciabilità dei relativi atti assistenziali compiuti;
- h) le modalità di rilevazione e rendicontazione dei costi delle attività a carico delle Università e della Regione.

2. Lo schema del protocollo d'intesa é approvato dalla Giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare che a tal fine sente anche le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale.

3. Il protocollo d'intesa è attuato mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole Università con gli erogatori di cui agli articoli 7 e 8, con gli IRCCS e con gli erogatori sociosanitari pubblici



Art. 30

(Comitato di indirizzo)(290)

1. E' istituito, quale organismo di supporto agli atti di programmazione regionale, un Comitato di indirizzo, di seguito denominato Comitato, del quale fanno parte rappresentanti della Regione e dell'Accademia di formazione, rappresentanti delle facoltà di medicina delle Università lombarde.

2. Il Comitato, sentiti i Direttori generali delle ATS, delle ASST e delle Fondazioni IRCCS, propone alla Giunta regionale:

- a) i requisiti per l'individuazione delle strutture della rete di cui all'articolo 28, comma 1, secondo standard strutturali e organizzativi, qualità e numerosità dei casi trattati, presenza di tecnologie innovative e prevedendo sedi principali in grado di garantire in modo prevalente i singoli corsi di laurea;
 - b) le modalità di verifica del mantenimento dei requisiti di cui alla lettera a);
 - c) lo schema di protocollo di cui all'articolo 29, comma 2;
 - d) il numero e la tipologia dei contratti aggiuntivi della formazione specialistica in base alle risorse regionali disponibili;
 - e) le condizioni in base alle quali le strutture della rete di cui all'articolo 28, comma 1, possono finanziare, secondo la normativa vigente, incarichi di ricercatore, professore associato od ordinario e a fronte di progetti nei quali il contributo assegnato possa essere compensato da un contributo di personale universitario o di personale in formazione specialistica all'attività assistenziale.
3. Il Comitato valuta il fabbisogno di medici, di laureati nelle professioni sanitarie e di specializzandi in raccordo con l'Osservatorio epidemiologico regionale.
4. Il Comitato è costituito con deliberazione della Giunta regionale che ne definisce la composizione e le modalità di funzionamento.

**Art. 31****(Personale universitario)(290)(291)**

1. In coerenza con il proprio stato giuridico, i professori e i ricercatori universitari convenzionati con le strutture sanitarie esercitano funzioni assistenziali inscindibili da quelle di insegnamento e ricerca. L'impegno orario del personale universitario convenzionato, omnicomprensivo delle tre funzioni, è pari a quello del corrispondente personale ospedaliero. La presenza nelle strutture aziendali è comunque rilevata secondo modalità oggettive e deve essere pari almeno al sessanta per cento dell'orario complessivo.
2. Il protocollo di cui all'articolo 29 disciplina in dettaglio quanto previsto dal comma 1, tenendo conto che l'orario di attività del personale universitario viene articolato dal direttore generale dell'azienda in cui si svolge l'attività assistenziale e sulla base della programmazione di quest'ultima.
3. Il personale universitario è responsabile dell'attività assistenziale e dei relativi risultati conseguiti. L'attività assistenziale e i relativi obiettivi conseguiti presso le strutture organizzative a direzione universitaria sono oggetto di verifica da parte dell'azienda.
4. La Regione promuove, attraverso specifici istituti di formazione, a partire dall'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, percorsi di alta formazione anche di profilo gestionale organizzativo.
5. Per remunerare il contributo offerto alle finalità del servizio sanitario regionale, ai professori e ai ricercatori universitari, nonché alle figure equiparate compete, oltre alla retribuzione corrisposta dall'Università, un trattamento aggiuntivo coerente con l'incarico conferito e con le connesse responsabilità, per quanto necessario a rendere il trattamento economico complessivo allineato a quello dei dirigenti del servizio sanitario regionale di pari incarico, nell'ambito degli strumenti consentiti dalle vigenti norme di legge e contrattuali, nonché un trattamento accessorio correlato alle particolari condizioni di lavoro.
6. È altresì riconosciuto un trattamento economico aggiuntivo in relazione all'effettivo raggiungimento dei risultati ottenuti nell'attività assistenziale, pari all'intera retribuzione di risultato così come disciplinata dalla struttura sanitaria, nel rispetto dei vincoli contrattuali della sanità pubblica.
7. L'indennità di esclusività è riconosciuta a coloro che abbiano optato per l'attività professionale intramoenia.
8. Le aziende, nella definizione degli assetti organizzativi e delle posizioni dirigenziali, determinano le quote di risorse da destinare al personale universitario nel pieno rispetto dei vincoli economici complessivi del sistema sanitario

lombardo.



Art. 32

(Organizzazione interna delle reti di insegnamento)(290)

1. Gli aspetti organizzativi della presenza delle Università nelle strutture degli erogatori di cui agli articoli 7 e 8, degli IRCCS e degli erogatori sociosanitari pubblici sono concordati tra gli stessi e le Università, in conformità alle linee guida predisposte dalla Regione per la stesura dei POAS, privilegiando modelli organizzativi dipartimentali che sviluppino congiuntamente l'attività assistenziale, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare il più alto livello di coerenza tra prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed attività didattico - scientifica.
2. Il direttore di dipartimento nelle sedi principali è nominato dal direttore generale
3. Nella definizione degli assetti organizzativi, le aziende devono rispettare i fabbisogni di personale autorizzati dalla Giunta regionale, che comprendono anche il personale universitario, garantendo comunque il rispetto dei vincoli economici complessivi.
4. I consigli di facoltà e la direzione strategica delle aziende comprese nelle reti formative operano, per quanto di rispettiva competenza, per sviluppare processi di verifica dell'applicazione e dell'attualità delle convenzioni, dell'effettiva realizzazione dell'attività formativa programmata e dell'attività di tutorato, coinvolgendo direttamente anche i medici in formazione.



Art. 33

(Strutture della formazione specialistica) (290)(291)

1. Ciascuna scuola di specializzazione è basata su una rete formativa composta di strutture universitarie e di strutture del servizio sociosanitario regionale.
2. La rete formativa, complessivamente, deve essere in possesso degli standard generali e specifici relativi alle capacità strutturali, tecnologiche, organizzative e assistenziali previste dalla normativa nazionale e regionale.
3. Qualora particolari esigenze formative connesse a specialità diverse da quella oggetto della scuola non possono essere soddisfatte nell'ambito delle strutture di sede e delle strutture collegate della rete formativa della stessa scuola, è consentito coinvolgere ulteriori strutture di supporto, purché in coerenza con il modello di rete di cui al presente Titolo. **(292)**



Art. 33 bis

(Contratti di formazione specialistica aggiuntivi)(293)

1. La Regione, nell'ambito della rete di cui all'articolo 28, comma 1, che deve essere individuata tenendo conto delle aree di montagna ai fini dello svolgimento in tali sedi del percorso di formazione medico specialistica, finanzia contratti di formazione specialistica aggiuntivi, di seguito denominati contratti aggiuntivi regionali, rispetto a quelli di cui al Titolo VI, Capo I, del d.lgs. 368/1999 per incentivare la formazione specialistica dei medici e favorirne la permanenza nelle strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario regionale.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione stipula protocolli d'intesa con le università presso le quali sono attivate le scuole di specializzazione dell'area sanitaria di interesse.

- 3.** Possono accedere ai contratti aggiuntivi regionali i medici, utilmente collocati nella graduatoria di cui all'articolo 36, comma 1, lettera d), del d.lgs. 368/1999, che:
- siano in possesso dei seguenti requisiti:
 - iscrizione all'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Regione alla data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione;
 - residenza in Lombardia da almeno tre anni, alla data di scadenza del bando di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione;
 - non avere già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito;
 - si impegnino, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento della specializzazione.
- 4.** Concorrono al computo del periodo di cui al comma 3, lettera b), tutti gli incarichi, anche non continuativi, assegnati dalle strutture del SSR con contratti di lavoro di qualunque tipologia, per l'accesso ai quali sia idonea la specializzazione conseguita mediante il contratto aggiuntivo regionale.
- 5.** In caso di inadempimento all'obbligo di cui al comma 3, lettera b), il medico assegnatario del contratto aggiuntivo regionale è tenuto a restituire alla Regione fino all'ottanta per cento di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale.

Art. 34



(Partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali)(290)(291)

- La formazione specialistica implica la partecipazione guidata dello specializzando alle attività mediche delle strutture sanitarie alle quali è stato assegnato, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia, dagli ordinamenti didattici e sulla base dello specifico progetto formativo elaborato dal Consiglio della scuola.
- Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono individuate e tracciate in relazione al progressivo grado di autonomia operativa e decisionale secondo i seguenti livelli:
 - attività di appoggio: quando assiste il personale medico strutturato nello svolgimento delle sue attività;
 - attività di collaborazione: quando svolge direttamente procedure e attività assistenziali specifiche sotto il diretto controllo di personale medico strutturato;
 - attività autonoma: quando svolge autonomamente specifici compiti che gli sono stati affidati, fermo restando che il tutor deve essere sempre disponibile per la consultazione e l'eventuale tempestivo intervento. **(292)**
- La graduale assunzione di compiti assistenziali e la connessa progressiva attribuzione di responsabilità, secondo quanto definito al comma 2, sono oggetto di indirizzo e valutazione da parte del Consiglio della scuola, considerate le proposte definite d'intesa tra i medici in formazione specialistica, i tutor individuali e i responsabili delle unità operative nelle quali si svolge la formazione. Le attività svolte dal medico in formazione specialistica, sono contemplate nei piani di attività della struttura nella quale si svolge la formazione. Le Università e le aziende definiscono le modalità di sottoscrizione degli atti assistenziali compiuti dal medico in formazione specialistica nell'ambito del piano formativo.
- Il medico in formazione specialistica può partecipare ad attività di ricerca, svolgendo attività specifiche in modo autonomo sotto la guida del responsabile della ricerca secondo le modalità previste dalla normativa vigente.



Art. 35



(Finanziamento delle strutture sanitarie convenzionate con le Università) (290)

- Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle strutture sanitarie concorrono le risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dal fondo sanitario regionale.

2. Gli oneri sostenuti per la retribuzione del personale universitario convenzionato, per le immobilizzazioni e le attrezzature universitarie utilizzate anche per l'assistenza, nonché per tutta l'attività didattica, sono a carico dell'Università.

3. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 27 bis, gli oneri sostenuti per lo svolgimento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie sono attribuiti alle aziende per le rispettive sedi individuate dalla Regione a seguito di rendicontazione annuale. Il costo per lo svolgimento dell'attività assistenziale è a carico delle strutture sanitarie.



Art. 36(294)

Titolo IV

Reti clinico-assistenziali per le malattie croniche a maggior impatto sul SSL, promozione della donazione di sangue, organi, tessuti e cellule e disposizioni organizzative relative ai trapianti e alle trasfusioni(295)



Art. 37



(Reti clinico-assistenziali per le malattie croniche a maggior impatto sul SSL)(296)

1. La Regione, le ATS, le ASST e le strutture private accreditate di cui all'articolo 8, nei limiti delle rispettive competenze e funzioni, così come definite dal Titolo I, al fine di assicurare l'appropriatezza, la sicurezza, la qualità e l'efficacia delle cure, in coerenza con l'articolo 9, organizzano reti clinico-assistenziali quali modalità di presa in carico della malattia diabetica, della malattia renale cronica e delle malattie croniche a maggior impatto sul SSL.

2. Le reti clinico-assistenziali costituiscono una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale omogenei che mirano anche allo sviluppo dell'innovazione clinico-assistenziale.

3. Al fine di garantire il miglior funzionamento delle reti clinico-assistenziali, devono essere definiti in conformità ai principi stabiliti dall'articolo 2:

- a) i criteri per l'individuazione dei soggetti che partecipano alla rete;
- b) la governance e le regole di funzionamento;
- c) i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche;
- d) i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura;
- e) il sistema di monitoraggio;
- f) i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale;
- g) i percorsi che assicurano ai pazienti l'accesso all'innovazione tecnologica;
- h) le modalità di coinvolgimento delle persone e delle famiglie;
- i) i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo il criterio della prossimità territoriale al loro domicilio.

4. Il SSL, per perseguire la finalità indicata nel presente articolo, garantisce la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari interessati e promuove l'innovazione e la ricerca in ambito clinico-assistenziale, anche attraverso l'individuazione di specifici ambiti.

Art. 38



(Piano regionale della cronicità e della fragilità, innovazione ed efficientamento della presa in carico)(296)

1. Nell'ambito del piano sociosanitario integrato di cui all'articolo 4 è approvato il piano regionale della cronicità e della fragilità che definisce gli indirizzi per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili a maggior impatto sul SSL anche

attraverso lo sviluppo delle nuove tecnologie in sanità.

2. In particolare, gli indirizzi di cui al comma 1 sono definiti e sviluppati in modo da prevedere l'integrazione con percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce a garanzia di sicurezza, appropriatezza e continuità terapeutica.



Art. 39

(Malattia diabetica)(296)

1. Il SSL, nel rispetto della normativa statale e regionale, nell'ambito dell'articolo 37 e con le modalità ivi previste, assicura interventi mirati alla prevenzione e cura della malattia diabetica.

2. La Regione assicura, nell'ambito del piano regionale della prevenzione di cui all'articolo 4 bis, la previsione di azioni specificamente mirate alla prevenzione e alla diagnosi precoce del diabete, con particolare riferimento ai contesti di comunità, finalizzate a promuovere corretti stili di vita, salutari e terapeutici. Individua inoltre le fasce di popolazione a rischio diabetico e definisce la programmazione dei relativi interventi. In ambito pediatrico promuove l'organizzazione omogenea sul territorio regionale dei soggiorni educativi terapeutici.

3. Il modello di rete clinico-assistenziale di cui all'articolo 37, per la presa in carico del paziente diabetico, è organizzato in relazione all'età dei soggetti e ai loro bisogni secondo diversi livelli di intensità di cura. Inoltre garantisce la corretta transizione dalla gestione clinico-assistenziale pediatrica a quella adulta anche con l'obiettivo della deospedalizzazione precoce e della riduzione dell'incidenza degli eventi acuti e/o delle complicanze invalidanti.

In particolare, la rete clinico-assistenziale deve garantire:

- a) la gestione integrata del paziente diabetico attraverso una forte interazione tra le diverse professionalità che comporta il coinvolgimento di team di specialisti ospedalieri e ambulatoriali e del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS);
- b) la valorizzazione delle strutture specialistiche diabetologiche anche territoriali che consentano la gestione integrata del diabete, promuovendo la presa in carico delle persone con diabete secondo intensità di cura ed ottimizzando l'appropriatezza di accesso alla rete e garantendo continuità assistenziale per quelle fasi della patologia che non necessitano del potenziale diagnostico e terapeutico dell'ospedale per acuti;
- c) la continuità assistenziale programmata in filiera domicilio – territorio – ospedale – territorio – domicilio, per la gestione della patologia e delle sue complicanze;
- d) la condivisione, nella rete di assistenza, di documenti tecnici a supporto della definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, nonché linee guida per il costante miglioramento dei percorsi di cura e per l'implementazione delle conoscenze tra i professionisti delle diverse strutture sanitarie;
- e) la valorizzazione del ruolo del volontariato, quale interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica in funzione dello sviluppo di programmi e attività di informazione ed educazione dei pazienti e delle loro famiglie;
- f) l'implementazione appropriata dell'innovazione tecnologica e terapeutica.



Art. 40

(Specifici trattamenti a domicilio)(296)

1. Gli erogatori del servizio di emodialisi svolgono attività di addestramento dei pazienti e dei loro assistenti per l'apprendimento delle pratiche necessarie all'esecuzione della dialisi domiciliare.

2. Gli erogatori di riferimento per i difetti ereditari della coagulazione svolgono attività di addestramento dei pazienti e dei loro assistenti alle pratiche necessarie per l'effettuazione del trattamento profilattico e sintomatico domiciliare d'urgenza.

Art. 41***(Rimborso delle spese di trasporto per trattamenti di dialisi)(296)***

1. Il SSL assicura ai pazienti nefropatici cronici sottoposti a trattamenti di dialisi, il rimborso delle spese di trasporto che essi sostengono per effettuare il tragitto dalla propria dimora al centro di dialisi più vicino e viceversa. Tali rimborsi sono determinati in base ai criteri e alle tariffe definite con deliberazione della Giunta regionale in relazione alle diverse tipologie di trasporto.
2. I rimborsi di cui al comma 1 sono subordinati all'autorizzazione rilasciata dall'ATS di residenza in base alla relazione del responsabile del servizio di dialisi che ha in cura il paziente.

Art. 42***(Promozione della donazione di sangue, organi, tessuti e cellule)(296)***

1. La Regione, nel rispetto della normativa statale, secondo principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, promuove la donazione anonima, volontaria, periodica, responsabile e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti e la donazione di organi, tessuti e cellule ai fini di trapianto a scopo terapeutico, promuovendo l'innovazione e la ricerca in tali ambiti. Ai predetti fini promuove e sostiene la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari coinvolti e favorisce, anche con il supporto delle associazioni di volontariato, la diffusione della cultura della donazione del sangue, degli organi e dei tessuti attraverso iniziative di sensibilizzazione, comunicazione e informazione.

**Art. 43*****(Sistema regionale trapianti)(296)***

1. L'insieme delle componenti istituzionali, professionali, scientifiche e infrastrutturali che concorrono allo sviluppo delle attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti a scopo terapeutico, costituisce il Sistema Regionale Trapianti (SRT).
2. La Regione definisce, attraverso atti di programmazione, l'organizzazione del Sistema di cui al comma 1, al fine di renderlo aderente all'evoluzione della medicina dei trapianti.
3. Per assicurare efficienza, efficacia e sviluppo delle attività trapiantologiche, è costituito il Coordinamento Regionale Trapianti che realizza il raccordo tecnico tra tutte le componenti del SRT di cui al comma 1 e la sintesi tra gli indirizzi di programmazione regionali e la gestione clinico-operativa del processo donazione-trapianto.
4. Il coordinamento regionale trapianti opera in stretta relazione funzionale con l'AREU che assicura il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti secondo quanto previsto dall'articolo 16.

Art. 44***(Centro di riferimento regionale per le attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti)(296)***

1. La Regione assicura il funzionamento del Centro di riferimento regionale per le attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti (CRR) che ha sede presso una azienda pubblica o un IRCCS pubblico del SSL. Il CRR svolge le funzioni previste dalla normativa nazionale e regionale.
2. Presso il CRR ha sede la Commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e di fegato tra persone viventi; la Giunta regionale definisce gli indirizzi per il suo funzionamento.

**Art. 45****(Sistema trasfusionale regionale)(296)**

1. L'insieme delle componenti istituzionali, professionali, scientifiche e infrastrutturali che concorrono allo sviluppo delle attività trasfusionali costituisce il sistema trasfusionale regionale.
2. La Giunta regionale definisce, attraverso atti di programmazione, l'organizzazione del sistema di cui al comma 1 al fine di renderlo aderente all'evoluzione della medicina trasfusionale.
3. Il coordinamento delle attività trasfusionali è affidato all'AREU secondo quanto previsto dall'articolo 16.

**Art. 46(297)****Art. 47(297)****Art. 48(297)****Art. 49(297)****Art. 50(297)****Art. 51(297)****Art. 52(297)****Titolo V(298)***Norme in materia di tutela della salute mentale***CAPO I***Disposizioni generali sulla salute mentale(298)***Art. 53****(Area della salute mentale)(298)**

1. Per area della salute mentale, ai fini della presente legge, si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare.
2. Afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria all'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile.

3. Le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione relative agli ambiti di cui al comma 2 sono svolte dai competenti servizi in raccordo con l'attività dei consultori e del servizio sociale professionale, e sono attuate attraverso l'integrazione interdisciplinare di attività ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari, assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico delle persone e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle competenze acquisite.

4. L'erogazione delle prestazioni e delle attività inerenti ai servizi di cui al presente capo è affidata ai soggetti pubblici e privati accreditati, di cui agli articoli 7 e 8, secondo le indicazioni e la programmazione delle ATS competenti per territorio.

Art. 35 bis

(Obiettivi di salute dell'area della salute mentale)(298)

1. La promozione della salute mentale in ogni età della vita rappresenta un rilevante obiettivo di salute. Tale obiettivo è perseguito attraverso:

- a) la diagnosi e il trattamento appropriato dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, dei disturbi da uso di sostanze e altri comportamenti da dipendenza, del disagio psicologico individuale e familiare, la prevenzione delle loro conseguenze nella vita personale e di relazione tramite interventi e percorsi di riabilitazione specifici, a partire dall'età evolutiva;
- b) l'inclusione, il reinserimento sociale e scolastico, in coerenza con i programmi terapeutici e riabilitativi, per lo sviluppo del diritto di cittadinanza e la promozione della piena integrazione delle persone, attraverso il collegamento con le strutture sociosanitarie, la rete sociale, gli enti locali, gli IRCCS e i soggetti del terzo e quarto settore;
- c) la definizione di progetti terapeutici e di prevenzione terziaria, integrati con l'ambito sociale, finalizzati anche all'inserimento e al mantenimento nell'attività lavorativa dei soggetti assistiti, anche tramite modelli che coinvolgano enti, istituzioni, rappresentanze e portatori d'interesse;
- d) la valorizzazione, la promozione e la diffusione di attività di supporto tra pari, utenti e familiari, comprese anche le forme di incentivazione, che tengano conto delle evidenze emerse dalle sperimentazioni effettuate;
- e) la valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante i budget di salute, finalizzati a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del case management, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile;
- f) la promozione della collaborazione tra servizi territoriali, in particolare gli enti locali, i servizi di tutela dei minori e l'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegua l'obiettivo di salute mentale;
- g) la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero o alle altre forme di intervento residenziale, mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali;
- h) la continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnino la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi;
- i) la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8 e con i diversi attori interessati, quali gli enti locali, i servizi specialistici, le famiglie e le associazioni;
- j) la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica;

- k) la formazione permanente degli operatori, con attenzione al lavoro di rete e di équipe e al coinvolgimento di utenti e familiari, inclusi adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenzione meccanica;
- l) le azioni volte alla presa in carico dei pazienti autori di reato, a fine pena o nelle fasi intermedie, in conformità alla programmazione regionale e nel rispetto delle norme nazionali e regionali;
- m) la presa in carico globale e continuativa, attraverso una specifica programmazione, di concerto con gli enti locali, delle persone con disabilità e con disturbi dello spettro autistico, nell'intero ciclo di vita, in base a valutazione multidimensionale e attraverso la piena integrazione dei servizi e dei programmi di natura sanitaria e riabilitativa, con quelli di natura sociosanitaria, sociale ed educativa, con il mondo del lavoro e con la famiglia;
- n) i percorsi di auto-aiuto con particolare riguardo al trattamento dei quadri delle dipendenze;
- o) l'avvio di sperimentazioni con la figura dello psicologo di base nei servizi offerti dagli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8;
- p) la prevenzione delle patologie psichiatriche perinatali delle donne, la presa in carico durante la gravidanza e dopo il parto con attivazione di un servizio dedicato e di programmi di trattamento appropriati, prevedendo, per i casi più gravi, spazi protetti per il ricovero di mamma e di bambino da zero a un anno.

2. Gli obiettivi di cui al comma 1 sono perseguiti prioritariamente mediante il collegamento operativo e organico degli erogatori di cui all'articolo 53, compresi gli IRCCS con competenze in materia di salute mentale, garantendo altresì l'interazione con gli enti locali nei limiti delle loro competenze, con il terzo e quarto settore e con le reti locali informali, sociali, educative e culturali.

Art. 53 ter



(Criteri organizzativi delle funzioni e dei servizi dell'area della salute mentale)(298)

1. Le prestazioni e i servizi erogati nell'area della salute mentale sono garantiti a tutte le persone, nell'ambito delle funzioni svolte dagli erogatori di cui all'articolo 53.
2. Ai fini dell'accesso alle prestazioni e ai servizi di cui al comma 1 è garantita la libertà di scelta, ferma restando la necessità di salvaguardare la qualità e la continuità della cura e della presa in carico territoriale.
3. Per garantire appropriati percorsi di cura, i servizi dipendenze, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psichiatria, psicologia, disabilità psichica dell'area della salute mentale operano in un'ottica di coordinamento e integrazione favorendo, dove necessario, il coordinamento anche con altri dipartimenti e strutture organizzative. I servizi dell'area della salute mentale sono organizzati dagli erogatori di cui all'articolo 53, anche in accordo tra loro e con le realtà del terzo e quarto settore presenti sul territorio. I criteri e modelli di integrazione funzionale e gestionale sono approvati dalla ATS competente per territorio, in coerenza con la programmazione regionale e quella della stessa ATS, tenuto conto dell'estensione e della dispersione territoriale, del contesto demografico, del numero dei comuni interessati e di altre significative specificità del territorio. L'area di salute mentale, per le sue specificità clinico-organizzative, opera in organica integrazione fra il polo ospedaliero e la rete territoriale, attuando altresì modelli di intervento per la gestione delle situazioni di emergenza-urgenza.
4. Presso l'assessorato competente è istituito il Tavolo per la salute mentale, che costituisce uno dei tavoli di cui all'articolo 5, commi 13 e 14, composto da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle associazioni di familiari e utenti e del terzo settore, società scientifiche, enti di ricerca e università e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, con compiti di monitoraggio e orientamento generale degli interventi inerenti agli ambiti e ai servizi di cui all'articolo 53. In ogni ATS sono istituiti uno o più organismi di coordinamento per la salute mentale fino a un massimo corrispondente al numero dei distretti. Nella ATS della montagna è istituito un organismo di coordinamento per la salute mentale in ogni distretto. Negli organismi di coordinamento per la salute mentale sono rappresentati i soggetti istituzionali, il terzo settore e le associazioni di

familiari e utenti che concorrono, ciascuno per la propria competenza e funzione, alla progettazione e realizzazione dei programmi di salute, in coerenza con la programmazione regionale e della singola ATS che la attua a livello territoriale.

5. L'assessorato può avvalersi di un Comitato tecnico di esperti, a supporto dell'unità organizzativa competente, al fine dello studio e dello sviluppo di linee guida per la elaborazione e gestione dei percorsi di cura, riconoscendo e valorizzando modelli di lavoro già sperimentati nell'ambito delle esperienze delle reti lombarde di patologia e dei gruppi di approfondimento tecnico, anche per lo sviluppo e la diffusione di pratiche professionali in linea con le più recenti evidenze scientifiche internazionali e rispettose della dignità della persona.

Art. 53 quater



(Organizzazione e compiti erogativi delle unità di offerta di salute mentale)(298)

1. L'area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui all'articolo 53 ter, in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella della ATS competente per territorio. Nell'ambito dell'area della salute mentale opera il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST, articolato, di norma, in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica.

2. Le unità operative di cui al comma 1 garantiscono la presa in carico del bisogno della popolazione assistita e la continuità dei percorsi di cura integrando servizi ospedalieri e territoriali, sulla base delle indicazioni del piano sociosanitario integrato lombardo (PSSL). In coerenza al PSSL, la programmazione della ATS territorialmente competente può autorizzare l'articolazione delle unità operative in organizzazioni gestionali, anche tra più erogatori di cui all'articolo 53, in presenza di specifiche caratteristiche di natura epidemiologica, del contesto territoriale, della popolazione, dell'offerta e della rete dei servizi.(299)



3. Le UOSD operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Le UOSD si occupano delle patologie riferibili all'uso, all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive; si occupano e garantiscono altresì un'organizzazione per lo specifico alcologico e per le patologie da dipendenze comportamentali. Nell'ambito delle UOSD sono organizzati i servizi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intra-murari, sia per l'elaborazione di programmi alternativi alla pena, come indicato dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza).

4. Le UONPIA sono dotate di adeguate risorse nell'ambito dei livelli organizzativi in cui sono istituite. Svolgono attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell'età evolutiva e nelle disabilità dello sviluppo, nonché agiscono in stretta integrazione sia con le unità operative dell'area di salute mentale sia con le unità operative dell'area materno-infantile e, a tali fini, adottano le configurazioni organizzative più adeguate a ottimizzare i percorsi di cura, in coerenza con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale e di quella della ATS competente per territorio.

5. Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali, residenziali e semiresidenziali, per rispondere ai bisogni di salute mentale e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Le UOP, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in

condizione di detenzione e in misura di sicurezza.

6. Le UOP si sono articolate nell'area dipartimentale di salute mentale nell'ambito dell'organizzazione aziendale delle ASST, tenuto conto delle esigenze della popolazione di riferimento, compresi i pazienti autori di reato. Orientano le attività di ambito psicologico alla presa in carico dei bisogni clinici di valutazione, cura, riabilitazione e delle fragilità della persona nell'intero ciclo di vita, anche collaborando con altre unità operative. Possono sperimentare modelli di psicologia di comunità, anche nell'ambito scolastico, e interventi integrati con l'assistenza di primo livello di medicina generale e le aree specialistiche, tra cui la materno-infantile, e negli stati a rischio.

7. Le unità operative di cui al presente articolo, costituite dai soggetti di cui all'articolo 53, operano e collaborano tra loro in base a linee d'azione, programmi e procedure condivise, volte a garantire gli standard organizzativi delle strutture e l'attuazione dei percorsi clinici e delle attività di loro competenza, in coerenza con le normative e le direttive gestionali delle aziende in cui operano, nel contesto della rete d'offerta del territorio regionale, nonché nel rispetto della programmazione regionale e della ATS competente per territorio. Sostengono le azioni finalizzate alla prevenzione, alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla presa in carico, alla diagnosi e cura precoce dei casi di competenza, anche attraverso il coinvolgimento degli erogatori pubblici e privati accreditati e dei soggetti del terzo e quarto settore in raccordo con il Tavolo per la salute mentale e le sue eventuali articolazioni. Promuovono collaborazioni e si coordinano con i servizi territoriali, gli enti locali, gli istituti scolastici, l'amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i sindaci, le forze dell'ordine, i servizi sociali dei comuni, i servizi multidisciplinari integrati (SMI), le strutture consultoriali, gli altri erogatori accreditati, i soggetti territoriali sia istituzionali sia appartenenti al volontariato ai sensi dell'articolo 24.

CAPO II

Disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa(298)

Art. 54

(Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie)(298)

1. La Regione, in armonia con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e conformemente alle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali, riconoscendo le peculiarità che le contraddistinguono, promuove condizioni di benessere e stabilisce le linee di azione in materia di prevenzione, assistenza, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

2. Le disposizioni di cui al presente capo hanno l'obiettivo di promuovere una cultura attenta alle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e di dare supporto alla famiglia, quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Gli interventi sono rivolti a tutte le persone che, in ogni età della vita, sono affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, diagnosticati e valutati secondo i sistemi di classificazione e le metodologie più recenti, riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale, e alle famiglie che ne sostengono l'impegno di cura.

3. La Regione, attraverso il PSSL di cui all'articolo 4 e le regole  di cui all'articolo 17, al fine di realizzare gli obiettivi previsti dal presente articolo, promuove e sostiene:(300)

- a) la diffusione della cultura per una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;
- b) la piena accessibilità alle informazioni relative allo spettro autistico e alla disabilità complessa, ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali correlati;

- c) la partecipazione a progetti nazionali e internazionali di ricerca;
- d) la collaborazione, attraverso un proprio sistema integrato di raccolta dati, con le banche dati ministeriali al fine di monitorare l'andamento epidemiologico e i risultati degli interventi preventivi, terapeutici, abilitativi e riabilitativi erogati dal sistema integrato dei servizi sanitari sociosanitari, sociali ed educativi;
- e) centri di riferimento specialistici regionali con compiti di coordinamento dei presidi delle rete sanitaria regionale, al fine di garantire la diagnosi tempestiva e stabilire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali e strategie psicoeducative strutturate per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico;
- f) la presa in carico globale delle persone con approccio multi-professionale e interdisciplinare attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. La presa in carico di soggetti in età evolutiva e in età adulta è effettuata dai soggetti di cui all'articolo 53, avvalendosi di un gruppo di lavoro istituito attraverso l'individuazione di esperti, appartenenti a enti accreditati, con comprovata e qualificata formazione ed esperienza nella diagnosi e nella predisposizione di percorsi individuali per soggetti con disturbi dello spettro autistico;
- g) l'accesso alle terapie e ai metodi di approccio comportamentale in linea con le più recenti evidenze scientifiche stabilite dalle linee guida ministeriali;
- h) la formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la valutazione multidimensionale del bisogno;
- i) iniziative di formazione, orientamento, accompagnamento e supporto alla famiglia quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza;
- j) idonee misure di coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza, psichiatria e servizi per la disabilità, per garantire la presa in carico e il corretto trasferimento di informazioni riferite alla persona affetta dalla patologia, assicurando la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della vita;
- k) la disponibilità sul territorio di posti tecnici nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali accreditate, con competenze specifiche per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;
- l) la promozione di progettualità finalizzate all'inserimento lavorativo dei pazienti che ne valorizzino le capacità, anche con percorsi di vita indipendente.



Titolo VI

Norme in materia di prevenzione e promozione della salute

Capo I(301)

Disposizioni generali



Art. 55

(Finalità)(301)

1. Il presente capo persegue finalità di promozione e tutela della salute dei cittadini, mediante la disciplina di un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'appropriatezza, sull'evidenza scientifica di efficacia e sulla semplificazione dell'azione amministrativa.
2. In attuazione dei piani nazionale e regionale della prevenzione sono realizzati interventi finalizzati a sostenere stili di vita sani, a realizzare ambienti favorevoli alla salute, a eliminare o contenere i rischi per la salute dei singoli e delle collettività, attraverso azioni di profilassi e di diagnosi precoce, anche integrate con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico per prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

**Art. 56****(Competenze della Giunta regionale)(301)**

1. La Giunta regionale, nel rispetto dei piani di cui agli articoli 4 e 4 bis, definisce:
 - a) il ruolo e il contributo dei soggetti coinvolti nel sistema integrato della prevenzione, anche relativamente alle attività di controllo e vigilanza e di sviluppo degli strumenti di informazione e comunicazione, nonché ai processi di promozione della salute;
 - b) gli eventuali specifici interventi settoriali anche in ragione di eventi e situazioni particolari o eccezionali, con particolare riferimento a emergenze sanitarie;
 - c) gli indicatori per la valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione e delle attività di controllo e vigilanza;
 - d) i programmi di formazione del personale interessato;
 - e) le campagne di informazione e di comunicazione, con il concorso delle ATS, dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA), delle autonomie locali, di altri enti e istituzioni;
 - f) la partecipazione a processi di valutazione di impatto sanitario (VIS) e di impatto sanitario-ambientale (VIAS), con particolare riguardo alle iniziative coordinate con altri enti e amministrazioni interessate per individuare e rimuovere le cause di effetti nocivi e di malattie di origine ambientale;
 - g) la natura e le modalità di raccolta e gestione dei flussi informativi tra ATS, ASST, erogatori privati accreditati di cui all'articolo 8, enti del sistema regionale ed enti locali stabilendone le modalità di condivisione e integrazione;
 - h) i criteri di gestione integrata e le modalità di coordinamento degli interventi di prevenzione, controllo e vigilanza da parte delle ATS, degli enti locali, degli assessorati regionali relativamente alle competenze specifiche e degli altri enti interessati.
2. La Giunta regionale verifica il perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e fornisce indirizzi per l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sul territorio.
3. Con frequenza  annuale, le direzioni generali competenti in materia di sanità e ambiente e l'ARPA redigono un rapporto congiunto sui risultati conseguiti a seguito dell'attività di raccordo. Il rapporto è comunicato alla Giunta regionale. **(302)**
4. La Giunta regionale, in aderenza alle programmazioni nazionali e internazionali in materia di prevenzione, promuove e diffonde la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche. A tal fine la Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, approva linee guida.

**Art. 57****(Competenze delle ATS)(301)**

1. Le ATS svolgono attività di prevenzione e controllo dei fattori di rischio per la popolazione e i lavoratori e di promozione della salute secondo un approccio intersettoriale che valorizza il contributo di altre istituzioni e di soggetti, quali associazioni e organizzazioni, a vario titolo coinvolte, nel raggiungimento di obiettivi comuni di prevenzione.
2. In particolare, tramite i dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria, le ATS assicurano, in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con il piano regionale della prevenzione, la governance e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate dalle ASST e da altri soggetti accreditati e svolgono attività riguardanti:
 - a) la raccolta e la valutazione di dati sanitari della popolazione, la diffusione della relativa conoscenza e l'effettuazione di indagini epidemiologiche;
 - b) la prevenzione, la comunicazione, la sorveglianza, il monitoraggio, la promozione alla salute e il controllo delle malattie infettive, comprese quelle a trasmissione sessuale;
 - c) l'indirizzo e la verifica dei risultati e della qualità del processo di offerta, nonché del relativo controllo delle attività vaccinali in capo alle ASST, promuovendo il coinvolgimento, l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione;
 - d) la prevenzione individuale e collettiva delle malattie cronico-degenerative e oncologiche, attraverso programmi volti a contenere l'esposizione a fattori di rischio comportamentali e programmi di promozione della salute;

- e) l'organizzazione e la valutazione dei programmi di screening oncologici;
- f) la predisposizione, il coordinamento, l'attuazione e la valutazione di piani integrati di promozione della salute;
- g) la prevenzione e la promozione della salute e sicurezza nelle collettività e negli ambienti di vita;
- h) la formulazione di contributi alle autorità competenti, in ordine alle ricadute sulla salute della popolazione, nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale (VIA), di valutazione ambientale strategica (VAS), di elaborazione degli atti di pianificazione territoriale e di approvazione della caratterizzazione e del progetto di bonifica dei siti inquinati;
- i) la prevenzione, anche in collaborazione con ARPA, di malattie di origine ambientale, nonché la sorveglianza e la prevenzione delle esposizioni ambientali pericolose per la salute della popolazione;
- j) il controllo ufficiale sugli alimenti di origine non animale e loro derivati e sugli alimenti per gruppi specifici di popolazione, nonché sui materiali destinati al contatto con gli alimenti, nelle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione;
- k) il controllo e la vigilanza sulle acque destinate al consumo umano;
- l) la prevenzione e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso l'accertamento dei fattori di rischio, il controllo dello stato di salute dei lavoratori e l'individuazione di misure efficaci a prevenire infortuni e malattie professionali. La programmazione dell'attività si realizza secondo i principi di graduazione del rischio e tenendo conto degli indirizzi nazionali relativamente a determinati settori;
- m) il controllo e la vigilanza sui gas tossici e sull'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- n) il controllo ufficiale:
 - 1) sulle sostanze chimiche, ai sensi del regolamento (CE) n. 1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio (REACH), del regolamento (CE) n. 1272/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio (CLP);
 - 2) sui prodotti fitosanitari, ai sensi del regolamento (CE) n. 1107/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio;
 - 3) sui biocidi, ai sensi del regolamento (CE) n. 528/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio;
 - 4) sui detergenti, ai sensi dei regolamenti (CE) n. 648/2004 e n. 259/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio;
- o) il controllo sull'applicazione delle disposizioni in materia di produzione, confezionamento, importazione, commercializzazione e stoccaggio dei cosmetici;
- p) le attività di guardia igienica permanente e di pronta reperibilità, per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze igienico-sanitarie, in stretta interazione funzionale fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione;
- q) la promozione di programmi di contrasto ai disturbi alimentari e di educazione alla corretta alimentazione rivolti alla popolazione, in particolar modo alle scuole;
- r) la promozione di programmi di contrasto al tabagismo;
- s) la promozione di programmi di contrasto alle dipendenze.

3. Le ATS e le ASST redigono annualmente un rapporto sulle attività svolte in materia di prevenzione e sui risultati raggiunti; tale rapporto è inviato all'Osservatorio epidemiologico presso la Direzione generale Welfare della Regione ed è pubblicato sui siti aziendali. La Direzione regionale Welfare redige annualmente un rapporto sulle attività di prevenzione svolte complessivamente dal sistema ATS/ASST, dandone ampia diffusione.

4. Le ATS inoltre:

- a) rilasciano l'autorizzazione all'installazione ed esercizio di apparecchiature a risonanza magnetica per uso diagnostico del gruppo A, con valore di campo statico di induzione magnetica non superiore a 4 tesla, di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994, n. 542 (Regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento di autorizzazione all'uso diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare sul territorio nazionale) e all'articolo 21 bis, comma 2, del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113 (Misure urgenti per gli enti territoriali e il territorio), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160;
- b) accertano e irrogano le sanzioni amministrative di cui all'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico) per l'inosservanza del divieto di cui all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 (Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione), ove si tratti di locali di competenza regionale;

c) rilasciano i riconoscimenti ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, riguardanti le attività di:

- 1) produzione, commercializzazione e deposito di additivi, enzimi e aromi ad uso alimentare;
- 2) produzione e confezionamento di alimenti per gruppi specifici di popolazione;
- 3) produzione di germogli ad uso alimentare.

5. L'autorizzazione all'esercizio delle apparecchiature di cui al comma 4, lettera a), è valida per cinque anni e rinnovabile alla scadenza ove permanga la conformità agli standard di sicurezza. La medesima autorizzazione può essere revocata, previa diffida a ottemperare entro un congruo termine e contestuale sospensione dell'autorizzazione stessa, al venir meno, anche parziale, di tale conformità.

6. La programmazione delle attività di prevenzione e controllo è effettuata in coerenza con gli indirizzi impartiti dalla competente direzione regionale.

Art. 58



(Articolazione dei dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria)(301)

1. Il Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria si configura come dipartimento gestionale, caratterizzato da uso integrato delle risorse e con attribuzione di un budget unico, che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

2. I dipartimenti gestionali di igiene e prevenzione sanitaria sono costituiti dai seguenti servizi:

- a) igiene e sanità pubblica, salute-ambiente;
- b) igiene degli alimenti e nutrizione;
- c) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- d) medicina preventiva nelle comunità;
- e) promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali.

3. I dipartimenti di cui al comma 2 inoltre assicurano la tutela della salute, anche orientando, con atti di indirizzo, l'offerta di prevenzione erogata dalle ASST e rivolta al singolo individuo in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i piani nazionale e regionale della prevenzione.

4. In funzione delle necessità territoriali, degli indicatori epidemiologici, del contesto socioeconomico, della necessità di accessibilità e di prontezza degli interventi, dei rischi ambientali e dei flussi turistici, con particolare riguardo all'Area metropolitana ed ai territori montani, il direttore generale dell'ATS può prevedere, nell'ambito del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), ulteriori unità operative o articolare le stesse in unità territoriali.



Art. 59

(Disposizioni in materia di medicina scolastica)(301)

1. Le ATS assicurano la prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado, anche mediante azioni di promozione della salute a valenza intersettoriale e interistituzionale.

2. Sono aboliti gli obblighi relativi alla tenuta dei registri di medicina scolastica, degli archivi delle cartelle sanitarie individuali, del certificato medico di riammissione oltre i cinque giorni di assenza, nonché l'obbligo di effettuare periodiche disinfezioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici ove non sussistano esigenze di sanità pubblica.

3. Le operazioni di sanificazione, derattizzazione, disinfestazione degli ambienti scolastici non dettate da esigenze di sanità pubblica sono a carico della direzione scolastica.

4. Il certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica e il certificato sanitario per l'ammissione ai soggiorni di vacanza per minori sono rilasciati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Art. 60

(Abolizione di certificazioni, documenti e adempimenti sanitari)(301)

1. Sono aboliti, con la sola eccezione di cui al comma 2, i certificati, i documenti e gli adempimenti di cui all'allegato A alla presente legge.
2. I certificati e i documenti di cui all'allegato A sono rilasciati ai soli soggetti tenuti alla loro presentazione in altre regioni.
3. Il certificato che attesta l'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie è sostituito da autocertificazione ai sensi dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Disposizioni regolamentari in materia di documentazione amministrativa (Testo C)).

Art. 60 bis

(Disposizioni sui regolamenti comunali di igiene)(301)

1. La Giunta regionale emana direttive in ordine ad aspetti disciplinati dai regolamenti comunali di igiene.
2. Non trovano applicazione le disposizioni del regolamento locale di igiene tipo.



Art. 60 bis1(303)

(Istituzione presso i comuni del catasto delle torri evaporative di raffreddamento a umido e dei condensatori evaporativi)

1. Al fine di prevenire e monitorare i rischi ambientali per la legionella i comuni devono predisporre e curare la tenuta di un registro delle torri di raffreddamento ad umido e dei condensatori evaporativi esistenti sul proprio territorio da implementarsi mediante notifica da parte dei responsabili degli impianti di raffreddamento.
2. Il registro di cui al comma 1 deve contenere le seguenti informazioni:
 - a) sito di interesse;
 - b) numerosità delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi presenti.
3. Ogni nuova installazione di delle torri di raffreddamento ad umido e dei condensatori evaporativi e ogni cessazione permanente deve essere registrata entro novanta giorni.
4. Entro il mese di febbraio di ogni anno le informazioni del registro devono essere trasmesse alla Agenzia di Tutela della Salute competente per il territorio.
5. La Giunta regionale fornisce ai comuni indicazioni operative relative all'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo, anche in relazione alle modalità di aggiornamento delle informazioni.



Art. 60 ter

(Direzioni sanitarie delle ATS e ASST)(301)

1. Le direzioni sanitarie delle ATS coordinano l'organizzazione delle attività di prevenzione per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), e il raccordo con le ASST e la rete degli erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica.

2. I direttori sanitari delle ATS e delle ASST, fermi restando i requisiti previsti dall'articolo 13, devono possedere i requisiti e le competenze professionali specifiche ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, come previsto dall'articolo 3 del d.lgs. 502/1992.



**Art. 60 quater
(Risorse)(301)**

1. La Regione annualmente destina al conseguimento degli obiettivi di prevenzione collettiva, così come indicati nei livelli essenziali di assistenza, una quota del fondo sanitario regionale in misura non inferiore al 5 per cento, nonché:

a) gli introiti derivanti:

- 1) dall'irrogazione di ammende e sanzioni a seguito dell'attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro);
- 2) dall'irrogazione di sanzioni per violazione delle disposizioni del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP);

b) una quota degli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'allegato A del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 (Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004) relative ai controlli sanitari degli operatori del settore alimentare (OSA) che trattano alimenti di origine non animale.

2. Gli obiettivi di prevenzione a cui destinare le risorse di cui al comma 1 sono definiti sulla base di specifici provvedimenti.



Capo II(304)

**IMPIEGO DI SORGENTI DI RADIAZIONI IONIZZANTI A SCOPO MEDICO, MEDICO VETERINARIO E DI RICERCA
SCIENTIFICA IN VIVO E IN VITRO**

Art. 61



(Nulla osta di categoria B all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti)(305)

1. Il nulla osta di categoria B di cui al decreto legislativo 31 luglio 2020, n. 101 (Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117) per le pratiche comportanti e connesse alle esposizioni a scopo medico, medico veterinario e di ricerca scientifica in vivo e in vitro svolte presso strutture sanitarie è rilasciato dall'ATS competente per territorio, in applicazione dell'articolo 52 dello stesso decreto legislativo.

2. L'istanza di rilascio o di aggiornamento del nulla osta, sottoscritta dal richiedente e corredata di documentazione tecnica firmata da un esperto di radioprotezione iscritto nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, contiene, per quanto applicabili, i dati e le informazioni di cui ai paragrafi 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 e 3.8 dell'allegato XIV dello stesso decreto legislativo.

3. Contemporaneamente alla presentazione all'ATS, il richiedente trasmette l'istanza di cui al comma 2 e la relativa documentazione tecnica all'ispettorato territoriale per lavoro, al comando provinciale dei vigili del fuoco e al dipartimento dell'ARPA competenti per territorio.(306)



**Art. 62****(Commissioni per la radioprotezione)(305)**

1. Presso i dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS sono istituite le commissioni per la radioprotezione, con funzioni di organismi tecnico-consultivi e di supporto tecnico-scientifico in tema di radioprotezione nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi da esposizione alle radiazioni ionizzanti.
2. Ciascuna commissione è composta da:
 - a) il direttore del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria dell'ATS o un suo delegato che la presiede;
 - b) due specialisti in fisica medica iscritti nell'elenco degli esperti di radioprotezione di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, almeno uno dei quali con l'abilitazione di terzo grado;
 - c) un medico specialista in medicina nucleare o in radioterapia;
 - d) un medico specialista in medicina del lavoro iscritto nell'elenco dei medici autorizzati di cui all'articolo 138 del d.lgs. 101/2020;
 - e) un rappresentante dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) nel caso in cui gli ambiti territoriali di competenza dell'ATS e del dipartimento dell'ARPA coincidano;
 - f) un rappresentante dell'ARPA per ciascun ambito territoriale di competenza nel caso in cui siano interessati più dipartimenti;
 - g) un rappresentante dell'ispettorato territoriale del lavoro;(307)
 - h) un rappresentante del comando provinciale dei vigili del fuoco o di ciascun comando provinciale dei vigili del fuoco ricompreso nell'ambito territoriale di competenza dell'ATS.
3. I componenti di cui al comma 2, lettere b), c) e d) sono individuati a seguito di avviso pubblico, ove non siano dipendenti delle ATS. Gli altri componenti sono designati dai rispettivi enti di appartenenza. Acquisiti i nominativi, il direttore generale dell'ATS provvede alla costituzione della commissione con la nomina dei componenti.
4. Ciascuna commissione dura in carica tre anni, dispone di una segreteria amministrativa e si dota di un regolamento organizzativo che definisce, in particolare, la periodicità delle riunioni e le modalità di prevenzione di eventuali conflitti di interesse.

**Art. 63****(Contenuti del nulla osta, variazioni, modifiche e revoca – sospensione e cessazione dell'attività)(305)**

1. Nel nulla osta sono inserite le specifiche prescrizioni tecniche indicate al paragrafo 4.3 dell'allegato XIV del d.lgs. 101/2020 e, se ne ricorrono i presupposti, quelle indicate all'articolo 54, comma 7, dello stesso decreto legislativo.
2. Ogni sette anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare del nulla osta ha l'obbligo di inoltrare all'ATS competente per territorio e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3, una relazione tecnica, sottoscritta, per la parte di rispettiva competenza, da un esperto di radioprotezione e dal responsabile dell'impianto radiologico, contenente le informazioni indicate al paragrafo 4.3, lettera e), dell'allegato XIV del d.lgs. 101/2020.
3. Il titolare del nulla osta che intende apportare variazioni nello svolgimento della pratica ritenute tali da non comportare modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute deve darne comunicazione all'ATS competente per territorio e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3. Tali variazioni possono essere adottate qualora, entro novanta giorni dal ricevimento della comunicazione, il direttore generale dell'ATS, acquisito, se del caso, il parere della commissione per la radioprotezione, non abbia richiesto la presentazione di un'istanza di modifica dell'oggetto del nulla osta o di prescrizioni tecniche in esso contenute.
4. Il nulla osta può essere modificato d'ufficio dal direttore generale dell'ATS, acquisito il parere vincolante della commissione per la radioprotezione, a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2 o su richiesta delle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3.

5. Nel caso di variazioni nello svolgimento della pratica che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute, o nel caso in cui si verificano le condizioni previste al paragrafo 6.1, lettere a) e b), dell'allegato XIV del d.lgs. 101/2020 in ordine alla somministrazione di sostanze radioattive su mezzi mobili, l'istanza di modifica del nulla osta, corredata dei dati e delle informazioni di cui all'allegato XIV del d.lgs. 101/2020, per quanto applicabili, deve essere inoltrata all'ATS competente per territorio e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3.

6. L'eventuale sospensione dell'attività o revoca del nulla osta in caso di gravi o reiterate violazioni delle disposizioni del d.lgs. 101/2020 o di prescrizioni tecniche è disposta dal direttore generale dell'ATS secondo quanto previsto dall'articolo 61 dello stesso decreto legislativo.

7. L'intendimento di far cessare la pratica oggetto del nulla osta è comunicato all'ATS che provvede alla revoca del nulla osta stesso, salvo quanto previsto ai commi 8 e 9.

8. Se nel nulla osta sono state inserite specifiche prescrizioni in merito alle modalità di disattivazione dell'installazione in cui la pratica è svolta, il titolare del nulla osta invia all'ATS e alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3, entro i termini previsti nel nulla osta medesimo, un piano delle operazioni da eseguire per la disattivazione, comprendente le valutazioni di sicurezza e protezione, con particolare riferimento:

- a) alle modalità di gestione e smaltimento delle sorgenti radioattive impiegate e dei rifiuti radioattivi risultanti dallo svolgimento della pratica e dalle operazioni di disattivazione;
- b) alla destinazione finale delle apparecchiature radiologiche.

9. Nell'ipotesi di cui al comma 8, il direttore generale dell'ATS, previo parere vincolante della commissione per la radioprotezione, autorizza le operazioni di disattivazione stabilendo eventuali ulteriori prescrizioni. La revoca del nulla osta è subordinata alla verifica, da parte della stessa ATS, circa il completamento delle operazioni di disattivazione che dimostri:

- a) la mancanza di vincoli di natura radiologica sull'installazione in cui la pratica è stata esercitata;
- b) la corretta gestione delle sorgenti e dei rifiuti radioattivi prodotti e delle apparecchiature radiologiche dismesse.



Art. 64

(Termini procedurali)(305)

1. Il direttore generale dell'ATS competente per territorio, acquisito il parere vincolante della commissione per la radioprotezione, provvede, entro novanta giorni dal ricevimento dell'istanza, al rilascio, al diniego o alla modifica del nulla osta. Del rilascio o della modifica è data comunicazione alle amministrazioni di cui all'articolo 61, comma 3, e all'Ispettorato nazionale per la sicurezza nucleare e la radioprotezione (ISIN).

2. Nei dieci giorni successivi al ricevimento, l'istanza di cui al comma 1 è trasmessa alla commissione per la radioprotezione per l'espressione del parere entro i successivi sessanta giorni. Qualora la commissione ritenga necessario acquisire ulteriori elementi istruttori tramite richiesta di integrazione della documentazione prodotta, effettuazione di sopralluoghi o convocazione del soggetto che ha presentato l'istanza, i termini di cui al comma 1 e al primo periodo del presente comma possono essere sospesi per una sola volta per un periodo non superiore a trenta giorni e riprendono a decorrere dalla data di acquisizione dei suddetti elementi. La mancata acquisizione degli ulteriori elementi istruttori entro i termini stabiliti comporta il diniego del nulla osta.

Art. 65

(Spese di funzionamento delle commissioni per la radioprotezione)(305)

1. Sono a carico delle ATS le spese per la segreteria amministrativa delle commissioni e per i compensi dei componenti.
2. Ai componenti delle commissioni di cui all'articolo 62, comma 2, lettere b), c) e d), qualora non siano dipendenti delle ATS, spetta per ciascuna seduta un gettone di presenza pari a 200,00 euro.

Art. 66



(Disposizione relativa al nulla osta di categoria A per l'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti)(305)

1. Al fine dell'espressione del parere da rendere al Ministero dello sviluppo economico per il rilascio del nulla osta di categoria A, la direzione regionale competente in materia di sanità acquisisce dal direttore generale dell'ATS competente per territorio l'esito dell'istruttoria svolta dalla commissione per la radioprotezione.



Art. 66 bis

(Disposizioni finali e transitorie)(305)

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le pertinenti disposizioni del Titolo VII del d.lgs. 101/2020.
2. La Giunta regionale, compatibilmente con l'osservanza della normativa statale, adotta eventuali linee guida volte ad assicurare l'uniforme applicazione di disposizioni tecniche o procedurali.
3. Il comma 1 dell'articolo 4 della legge regionale 3 marzo 2017, n. 6 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV,  V e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità))  **(308)** e il regolamento regionale 25 marzo 2002, n. 1 (Regolamento di attuazione della L.R. 27 novembre 2001, n. 23 "Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico")  **(309)** sono abrogati.
4. La composizione delle commissioni per la radioprotezione costituite alla data di entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo VI della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e alla l.r. 10 marzo 2017, n. 7 (Recupero dei vani e locali seminterrati esistenti), in attuazione del d.lgs. 31 luglio 2020, n. 101 (Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordina la normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117)", resta invariata fino alla loro scadenza.
5. Per quanto concerne gli oneri istruttori a carico dei soggetti non pubblici trova applicazione il tariffario delle prestazioni e degli interventi erogati dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, approvato con deliberazione della Giunta regionale. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale di cui al comma 4, il tariffario  di cui al primo periodo è integrato prevedendo per la modifica del nulla osta di categoria B il dimezzamento della tariffa rispetto a quella prevista per il rilascio di un nuovo nulla osta.

CAPO II bis(310)

Allontanamento di materiali contenenti sostanze radioattive dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020

Art. 66 ter**(Allontanamento di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti sostanze radioattive dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020)(311)**

1. L'allontanamento dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020 di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti sostanze radioattive che provengono da pratiche notificate ai sensi dell'articolo 46 del d.lgs. 101/2020 è soggetto ad autorizzazione rilasciata dalla direzione regionale competente in materia di ambiente, in applicazione dell'articolo 54 dello stesso decreto legislativo.
2. L'istanza di rilascio o di modifica dell'autorizzazione all'allontanamento, sottoscritta dall'esercente o dal legale rappresentante della società che svolge la pratica, e corredata di documentazione tecnica firmata da un esperto di radioprotezione iscritto nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, contiene, per quanto applicabili, i dati e le informazioni di cui ai paragrafi 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 e 6.6. dell'allegato IX dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 quater**(Commissione per il rilascio dell'autorizzazione all'allontanamento)(311)**

1. Presso la Giunta regionale è istituita la commissione per il rilascio dell'autorizzazione all'allontanamento, denominata commissione RAAL, con funzioni di organismo tecnico-consultivo.
2. La commissione è composta da:
 - a) un dirigente della direzione regionale competente in materia di ambiente che la presiede, designato dal direttore;
 - b) due funzionari della direzione regionale competente in materia di ambiente esperti in autorizzazioni ambientali e gestione dei rifiuti, anch'essi designati dal direttore;
 - c) due funzionari della direzione regionale competente in materia di sanità o due funzionari dell'ATS esperti in prevenzione medica, designati dai rispettivi direttori generali;
 - d) due esperti di radioprotezione iscritti nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, di cui almeno uno con l'abilitazione di terzo grado, individuati dalla direzione regionale competente in materia di sanità a seguito di avviso pubblico;
 - e) due rappresentanti dell'ARPA designati dal direttore dell'Agenzia.
3. Acquisiti i nominativi, il direttore della direzione regionale competente in materia di ambiente provvede alla costituzione della commissione con la nomina dei componenti.
4. La commissione dura in carica tre anni, dispone di una segreteria amministrativa e si dota di un regolamento organizzativo che definisce, in particolare, la periodicità delle riunioni e le modalità di prevenzione di eventuali conflitti di interesse.
5. Ai lavori della commissione possono essere invitati a partecipare, senza diritto di concorrere all'espressione del parere, esperti delle materie di cui si discute e rappresentanti degli enti territoriali interessati dalla pratica oggetto di valutazione.

Art. 66 quinquies**(Contenuti dell'autorizzazione, variazioni, modifiche e revoca – sospensione dell'attività)(311)**

1. Nell'autorizzazione sono inserite le specifiche prescrizioni tecniche indicate all'articolo 54, comma 7, e al paragrafo 6.7 dell'allegato IX del d.lgs. 101/2020.
2. Ogni cinque anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare dell'autorizzazione ha l'obbligo di inoltrare alla direzione regionale competente in materia di ambiente, nonché all'ATS e all'ARPA competenti per territorio e all'ISIN, una relazione tecnica, sottoscritta per la parte di propria competenza da un esperto di radioprotezione, contenente la

conferma o l'aggiornamento della documentazione a suo tempo prodotta.

3. Il titolare dell'autorizzazione che intende apportare variazioni nelle modalità di allontanamento ritenute tali da non comportare modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute deve darne comunicazione alla direzione regionale competente in materia di ambiente. Tali variazioni possono essere adottate qualora, entro novanta giorni dal ricevimento della comunicazione, il direttore della direzione regionale competente, acquisito, se del caso, il parere della commissione RAAL, non abbia richiesto la presentazione di un'istanza di modifica dell'oggetto dell'autorizzazione o di prescrizioni tecniche in essa contenute.

4. L'autorizzazione può essere modificata d'ufficio dal direttore della direzione regionale competente, acquisito il parere vincolante della commissione RAAL, a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2 o su richiesta delle amministrazioni di cui allo stesso comma.

5. Nel caso di variazioni nello svolgimento della pratica che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute, l'istanza di modifica dell'autorizzazione deve essere corredata dei dati e delle informazioni di cui ai paragrafi 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 dell'allegato IX del d.lgs.101/2020, per quanto applicabili.

6. L'eventuale sospensione dell'attività o revoca dell'autorizzazione, in caso di gravi o reiterate violazioni delle disposizioni del d.lgs. 101/2020 o di prescrizioni tecniche, è disposta dal direttore della direzione regionale competente secondo quanto previsto dall'articolo 61 dello stesso decreto legislativo.



Art. 66 sexies

(Termini procedurali)(311)

1. Il direttore della direzione regionale competente in materia di ambiente, acquisito il parere vincolante della commissione RAAL, provvede, entro novanta giorni dal ricevimento dell'istanza, al rilascio, al diniego o alla modifica dell'autorizzazione. Del rilascio o della modifica è data comunicazione all'ATS e all'ARPA competenti per territorio e all'ISIN.

2. Nei dieci giorni successivi al ricevimento, l'istanza di cui al comma 1 è trasmessa alla commissione RAAL per l'espressione del parere entro i successivi sessanta giorni. Qualora la commissione ritenga necessario acquisire ulteriori elementi istruttori tramite richiesta di integrazione della documentazione prodotta, effettuazione di sopralluoghi o convocazione del soggetto che ha presentato l'istanza, i termini di cui al comma 1 e al primo periodo del presente comma possono essere sospesi per una sola volta per un periodo non superiore a trenta giorni e riprendono a decorrere dalla data di acquisizione dei suddetti elementi. La mancata acquisizione degli ulteriori elementi istruttori entro i termini stabiliti comporta il diniego dell'autorizzazione.



Art. 66 septies

(Oneri istruttori e spese di funzionamento della commissione RAAL)(311)

1. I soggetti non pubblici sono tenuti al pagamento delle spese di espletamento delle procedure secondo le seguenti tariffe:

- a) 1.000,00 euro per il rilascio dell'autorizzazione;
- b) 400,00 euro per la modifica dell'autorizzazione;
- c) 50,00 euro per la sola voltura della titolarità dell'autorizzazione, a parità di condizioni di svolgimento della pratica.

2. I componenti della commissione RAAL di cui all'articolo 66 quater, comma 2, lettera d), percepiscono per ciascuna seduta un gettone di presenza pari a 200,00 euro.



Art. 66 octies
(Disposizioni finali)(311)

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le pertinenti disposizioni del Titolo VII del d.lgs. 101/2020.
2. La Giunta regionale, compatibilmente con l'osservanza della normativa statale, adotta eventuali linee guida volte ad assicurare l'uniforme applicazione di disposizioni tecniche e procedurali.
3. L'informazione di cui al paragrafo 6.2, lettera b, dell'allegato IX del d.lgs. 101/2020 deve essere data agli enti indicati all'articolo 46, comma 2, dello stesso decreto legislativo solo qualora la pratica sia stata oggetto di comunicazione preventiva ai sensi dell'articolo 22 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti, 2009/71/Euratom in materia di sicurezza nucleare degli impianti nucleari e 2011/70/Euratom in materia di gestione sicura del combustibile esaurito e dei rifiuti radioattivi derivanti da attività civili) e ricorrano le condizioni previste dall'articolo 234, comma 2, del d.lgs. 101/2020.

CAPO II ter(312)

Allontanamento di materiali contenenti radionuclidi di origine naturale dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020



Art. 66 nonies
(Allontanamento di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti radionuclidi di origine naturale dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020)(313)

1. L'allontanamento dal sistema regolatorio di cui al d.lgs. 101/2020 di materiali solidi, liquidi o aeriformi contenenti radionuclidi di origine naturale che provengono da pratiche, notificate ai sensi dell'articolo 24 del d.lgs. 101/2020, è soggetto ad autorizzazione rilasciata dalla direzione regionale competente in materia di ambiente, in applicazione dell'articolo 23 dello stesso decreto legislativo.
2. L'istanza di autorizzazione all'allontanamento, sottoscritta dall'esercente o dal legale rappresentante della società che svolge la pratica e corredata di documentazione tecnica firmata da un esperto di radioprotezione iscritto nell'elenco di cui all'articolo 129 del d.lgs. 101/2020, contiene, per quanto applicabili, i dati e le informazioni di cui all'allegato IV dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 decies



(Contenuti dell'autorizzazione, variazioni, modifiche e revoca – sospensione dell'attività)(313)

1. Nell'autorizzazione sono inserite le specifiche prescrizioni tecniche indicate all'articolo 23, comma 5, del d.lgs. 101/2020.
2. Ogni cinque anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare dell'autorizzazione ha l'obbligo di inoltrare alla direzione regionale competente in materia di ambiente, all'ATS e all'ARPA competenti per territorio, nonché all'ISIN, una relazione tecnica, sottoscritta per la parte di propria competenza da un esperto di radioprotezione, contenente la conferma o l'aggiornamento della documentazione a suo tempo prodotta.
3. L'autorizzazione può essere modificata d'ufficio dal direttore della direzione regionale competente, acquisito il parere vincolante della commissione RAAL, a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2 o su richiesta delle amministrazioni di cui allo stesso comma.

4. Nel caso di variazioni nello svolgimento della pratica che comportino modifiche all'oggetto del provvedimento o a prescrizioni tecniche in esso contenute, l'istanza di modifica dell'autorizzazione deve essere corredata dei dati e delle informazioni di cui all'allegato IV del d.lgs.101/2020, per quanto applicabili.

5. L'eventuale sospensione dell'attività o revoca dell'autorizzazione, in caso di gravi o reiterate violazioni delle disposizioni del d.lgs. 101/2020 o di prescrizioni tecniche, è disposta dal direttore della direzione regionale competente secondo quanto previsto dall'articolo 61 dello stesso decreto legislativo.

Art. 66 undecies

(Disposizione relativa alle autorizzazioni per gli impianti di gestione di residui ai fini dello smaltimento nell'ambiente)(313)

1. Al fine dell'espressione del parere da rendere alla Prefettura per il rilascio di autorizzazioni per gli impianti di gestione di residui ai sensi dell'articolo 26 del d.lgs. 101/2020 e dell'espressione di altri pareri previsti dal d.lgs. 101/2020, la direzione regionale competente in materia di ambiente acquisisce l'esito dell'istruttoria svolta dalla commissione RAAL.



Art. 66 duodecies

(Disposizioni finali)(313)

1. Per quanto concerne i termini procedurali a fronte di un'istanza di rilascio o di modifica dell'autorizzazione, gli oneri istruttori, le spese di funzionamento della commissione RAAL e l'adozione di eventuali linee guida si osservano le disposizioni di cui agli articoli 66 sexies, 66 septies e 66 octies, comma 2.

2. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le pertinenti disposizioni del Titolo IV, Capo II, del d.lgs. 101/2020 .

CAPO II quater(314)

Prevenzione e protezione dal rischio di esposizione al gas radon in ambienti chiusi



Art. 67 terdecies

(Trasmissione di dati e informazioni sul radon)(315)

1. L'ARPA, le ATS e i servizi di misura della concentrazione di radon assolvono, tramite apposito servizio telematico sviluppato nell'ambito del sistema informativo regionale della prevenzione, all'obbligo di trasmissione di dati e informazioni in loro possesso sulla concentrazione media annua di attività di radon in aria nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro alla banca dati della rete nazionale di sorveglianza della radioattività ambientale di cui all'articolo 152 del d.lgs. 101/2020.

2. Con decreto del direttore della direzione regionale competente in materia di sanità sono definite, in relazione ai luoghi di lavoro, le modalità di comunicazione da parte dell'esercente all'ARPA e alle ATS della descrizione delle attività svolte secondo le disposizioni dell'articolo 17 del d.lgs. 101/2020 e della relazione tecnica di cui al comma 6 del medesimo articolo, nonché della descrizione delle misure correttive attuate corredata dei risultati delle misurazioni di verifica. Con il medesimo decreto sono definite, in relazione alle abitazioni, le modalità di comunicazione delle misurazioni di cui all'articolo 19, comma 4, del d.lgs. 101/2020 da parte dei soggetti di cui all'articolo 155 del medesimo decreto.

Art. 66 quaterdecies**(Campagne di informazione e di sensibilizzazione)(315)**

1. La Regione rende disponibili le informazioni sui livelli di concentrazione ed esposizione al radon in ambienti chiusi e sui rischi che ne derivano per la salute, anche in associazione al consumo di tabacco. Promuove, altresì, campagne di informazione e sensibilizzazione riguardanti le modalità di misurazione della concentrazione media annua di radon e sulle misure tecniche correttive disponibili per la riduzione di tale concentrazione.
2. Le attività di cui al comma 1 sono svolte avvalendosi del supporto tecnico dell'ARPA e delle ATS.

Art. 66 quinquiesdecies**(Promozione di corsi di formazione e aggiornamento per esperti in interventi di risanamento da radon)(315)**

1. La Regione promuove, in collaborazione con l'ARPA, senza oneri a carico del bilancio regionale, l'organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento per esperti in interventi di risanamento da radon di cui all'articolo 15 del d.lgs. 101/2020.

Art. 66 sexiesdecies**(Interventi di protezione dall'esposizione al radon nelle abitazioni)(315)**

1. La Regione, in collaborazione con le ATS e con l'ARPA e sulla base di apposita programmazione, adotta, in relazione alle conoscenze dei livelli di concentrazione media annua di attività di radon in ambienti chiusi, iniziative volte a incentivare i proprietari degli immobili adibiti a uso abitativo con locali situati al pianterreno o a un livello seminterrato o sotterraneo a effettuare misurazioni della concentrazione di gas radon, privilegiando i locali con più alto fattore di occupazione.
2. Con particolare riferimento al patrimonio di edilizia residenziale pubblica, l'ARPA, in collaborazione con le ATS, cura l'attuazione di specifici programmi di misurazione della concentrazione di radon. Tali programmi sono definiti, in relazione alle conoscenze dei livelli di concentrazione media annua di attività di radon in ambienti chiusi, con decreto del direttore della direzione regionale competente in materia di sanità, adottato a seguito di confronto con le direzioni regionali interessate e con la stessa ARPA.
3. Gli interventi edilizi di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da b) a e), del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia) che coinvolgono l'attacco a terra sono progettati e realizzati con criteri costruttivi tali da prevenire l'ingresso del gas radon all'interno delle unità abitative, nel rispetto delle disposizioni statali e regionali relative alla prevenzione dell'esposizione al gas radon in ambienti chiusi.

Art. 66 septiesdecies**(Disposizioni finali e transitorie)(315)**

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo continuano a osservarsi le disposizioni del Titolo IV, Capo I, del d.lgs. 101/2020, incluse quelle di cui all'articolo 12 relative ai livelli massimi di riferimento per le abitazioni e per i luoghi di lavoro, espressi in termini di valore medio annuo della concentrazione di attività di radon in aria e in termini di

dose efficace annua.

2. Entro un anno dall'entrata in vigore della legge regionale recante "Modifiche al Titolo VI della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e alla l.r. 10 marzo 2017, n. 7 (Recupero dei vani e locali seminterrati esistenti), in attuazione del d.lgs. 31 luglio 2020, n. 101 (Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117)", i comuni provvedono, qualora non abbiano già provveduto, a integrare i regolamenti edilizi comunali con norme tecniche specifiche per la protezione dall'esposizione al gas radon in ambienti chiusi.

3. Nelle more dell'entrata in vigore del piano nazionale d'azione per il radon si applicano le "Linee guida per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambienti indoor", approvate sulla base di indicazioni tecniche internazionali con decreto dirigenziale n. 12678 del 21 dicembre 2011, e gli aggiornamenti relativi alle stesse linee guida.

4. La Giunta regionale, con deliberazione da pubblicare sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, individua le aree prioritarie secondo le disposizioni dell'articolo 11 del d.lgs. 101/2020.

CAPO II quinquies(316)

(Controllo della radioattività nell'ambiente e in alimenti e bevande per il consumo umano e animale)

Art. 66 octiesdecies

(Controllo della radioattività nell'ambiente e in alimenti e bevande per il consumo umano e animale)(317)

1. Il controllo della radioattività nell'ambiente e in alimenti e bevande per il consumo umano e animale è svolto, ai sensi dell'articolo 152 del d.lgs. 101/2020, tramite una rete regionale di sorveglianza della radioattività ambientale, secondo le direttive impartite dal Ministero della salute e dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.

2. La gestione della rete di cui al comma 1 è affidata all'ARPA che, in collaborazione con le competenti direzioni regionali, predispone i piani di monitoraggio e provvede alla trasmissione dei risultati alla banca dati della rete nazionale di sorveglianza della radioattività ambientale. L'ARPA provvede altresì alla pubblicazione periodica dei dati sul proprio sito web istituzionale.

3. I prelievi di campioni di alimenti e bevande per il consumo umano e animale sono effettuati dalle ATS. I prelievi di campioni ambientali sono effettuati dall'ARPA. Le analisi radiometriche sono svolte dall'ARPA.

Capo III(318)

TITOLO VI BIS

NORME IN MATERIA DI MEDICINA LEGALE, POLIZIA MORTUARIA E ATTIVITA' FUNEBRE (319)

Art. 67

(Oggetto)(320)

1. Il presente titolo disciplina le attività e i servizi correlati al decesso, nel rispetto della dignità e delle diverse convinzioni religiose e culturali di ogni persona, al fine di tutelare l'interesse degli utenti dei servizi funebri, nonché le attività di medicina legale e di polizia mortuaria, secondo principi di efficacia, di efficienza, di evidenza scientifica e di semplificazione amministrativa.



Art. 67 bis
(Definizioni)(321)

1. 1. Ai fini del presente titolo si intende per:

- a) bara o cassa: cofano destinato a contenere una salma o un cadavere, realizzato nel rispetto delle norme di buona tecnica, secondo le previsioni del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria);
- b) b) cadavere: corpo umano privo delle funzioni vitali, di cui sia stata accertata la morte;
- c) c) casa funeraria: struttura gestita da imprese funebri, pubbliche o private, collocata fuori dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, dagli impianti di cremazione e dai cimiteri, in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti per le camere mortuarie dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche), deputata alle funzioni di:
 - 1. trattamento conservativo ed eventuale tanatocosmesi delle salme;
 - 2. custodia delle salme, anche al fine del compimento del periodo di osservazione;
 - 3. preparazione ed esposizione delle salme e dei feretri;
 - 4. esposizione e custodia per brevi periodi dei feretri sigillati;
 - 5. svolgimento delle cerimonie funebri;
- d) cassetta resti ossei: contenitore di ossa o resti mortali assimilabili;
- e) ceneri: prodotto della cremazione di un cadavere, di ossa o di resti mortali assimilabili o di esito di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi;
- f) centro servizi: impresa di cui all'articolo 74 bis che svolge attività funebre di cui all'articolo 74;
- g) cinerario: luogo destinato alla conservazione di ceneri;
- h) deposito mortuario: luogo all'interno di un cimitero destinato alla sosta temporanea di feretri sigillati, urne cinerarie, cassette di resti ossei, contenitori di esiti di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi, in attesa di sepoltura o cremazione;
- i) deposito di osservazione: luogo nel quale mantenere in osservazione una salma per rilevarne eventuali segni di vita, prima dell'accertamento di morte;
- j) deposito temporaneo: luogo di sepoltura all'interno di un cimitero destinato alla collocazione temporanea di feretri sigillati, cassette di resti ossei, urne cinerarie, in attesa della tumulazione definitiva;
- k) feretro: insieme della bara e della salma o del cadavere ivi contenuto;
- l) resto mortale: cadavere, in qualunque stato di trasformazione, decorsi almeno dieci anni dall'inumazione o tumulazione;
- m) sala del commiato: sala adibita all'esposizione del feretro a fini cerimoniali collocata anche all'interno della casa funeraria, in possesso dei requisiti propri delle camere mortuarie, e comunque al di fuori delle strutture sanitarie pubbliche o accreditate, dei cimiteri e dei crematori;
- n) salma: corpo umano rimasto privo delle funzioni vitali fino all'accertamento della morte;
- o) spazi per il commiato: luoghi aperti o chiusi all'interno o all'esterno del cimitero, anche attigui al crematorio, nei quali vengono deposti i feretri sigillati e si svolgono riti di commiato, nonché gli spazi pubblici idonei ai funerali civili;
- p) tanatocosmesi: insieme di trattamenti igienici ed estetici praticati sul cadavere allo scopo di migliorarne la presentabilità;
- q) trasporto funebre: trasferimento della salma o del cadavere, eseguito da imprese che esercitano l'attività funebre; costituisce trasporto di salma il trasferimento del defunto dal luogo di decesso o di rinvenimento al luogo di osservazione, in modo da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita; costituisce trasporto di cadavere il trasferimento del defunto dal luogo di osservazione o di onoranze al cimitero o al crematorio;
- r) trasporto di resti mortali: trasferimento svolto da qualunque soggetto incaricato allo scopo, in possesso dell'autorizzazione comunale;

s) urna funeraria: urna sigillata destinata alla conservazione di ceneri.



(Attività di medicina legale e di polizia mortuaria)(322)

1. Le attività medico-legali attengono a valutazioni di natura bio-medica e sanitaria e sono svolte da specialisti nella disciplina, mediante visite, accertamenti di natura biologica, clinica e chimico-tossicologica, al fine di garantire la terzietà della funzione pubblica. Le ASST organizzano le funzioni medico-legali in uno specifico servizio cui competono:

- a) accertamenti e certificazioni relative alle condizioni di disabilità;
- b) accertamenti e certificazioni di idoneità o inidoneità allo svolgimento di particolari attività da parte dei cittadini nei casi previsti dalle normative di settore;
- c) accertamenti e certificazioni correlate all'evento morte, anche finalizzati alle attività di donazione e trapianto d'organi;
- d) interventi consulenziali e formativi per i cittadini nel campo della bioetica e del diritto alla salute e di formazione degli operatori sanitari su tematiche medico-legali ed etico-deontologiche;
- e) istruttorie medico-legali relative agli indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati), nonché di vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria), fermo restando che le competenze amministrativo-contabili ed erogative dei benefici economici conseguenti al provvedimento sono in capo all'ATS di riferimento;
- f) accertamenti e valutazioni in merito all'appropriatezza medico-legale delle prestazioni sanitarie;
- g) accertamenti a fini istruttori e di valutazione del danno arrecato a persona da responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

2. Le ATS svolgono le attività di polizia mortuaria, quali in particolare:

- a) la vigilanza rivolta alle strutture cimiteriali e alle imprese funebri;
- b) la formulazione di pareri sull'impatto sanitario di insediamenti e infrastrutture, progetti di bonifica, piani cimiteriali, nonché sui piani di governo del territorio;
- c) gli adempimenti igienico-sanitari connessi al trasporto funebre per l'estero, compreso il trattamento antiputrefattivo secondo le previsioni del d.p.r. 285/1990.



Art. 69

(Adempimenti conseguenti al decesso)(323)

1. Per la dichiarazione o avviso di morte si osservano le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 (Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'art. 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127).

2. Nei casi in cui non si proceda all'espianto di organi, il medico curante o il suo sostituto o il medico di continuità assistenziale certifica la causa del decesso, secondo le procedure previste dalla normativa statale, ad esclusione dei casi di cui al comma 4.

3. L'accertamento di morte è effettuato da un medico incaricato delle funzioni di necroscopo dall'ASST. **(324)**

4. In caso di decesso presso una struttura sanitaria pubblica o privata che eroga prestazioni in regime di ricovero o in una struttura sociosanitaria, le certificazioni di cui ai commi 2 e 3 sono rilasciate dal direttore sanitario o da un medico delegato.

**Art. 70****(Osservazione e trattamenti sui cadaveri)(325)**

1. Le salme non possono essere seppellite né sottoposte ad alcuno dei trattamenti previsti dal comma 8 prima dell'accertamento di morte e, comunque, prima che siano trascorse ventiquattro ore dal decesso, ad eccezione dei casi di decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o dei casi in cui è stata effettuata la rilevazione elettrocardiografica della durata di venti minuti o ricorrono altre ragioni speciali a giudizio del medico incaricato delle funzioni di necroscopo.
2. Durante il periodo di osservazione di cui al comma 1 le salme sono poste in condizioni tali da non ostacolare e da rilevare eventuali manifestazioni di vita.
3. In caso di decesso di persona affetta da malattia infettiva e diffusiva, il medico necroscopo, in collaborazione con l'ATS, adotta le necessarie precauzioni a tutela della salute pubblica, compresa la chiusura del feretro prima delle ventiquattro ore dal decesso.
4. In caso di trasporto della salma dal luogo del decesso ad altro luogo, sito anche in altro comune, per l'espletamento del periodo di osservazione o per altri accertamenti è utilizzato un contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolano eventuali manifestazioni di vita e che non sono di pregiudizio per la salute pubblica.
5. Oltre alle strutture comunali già esistenti, le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che operano in regime di ricovero ricevono, in aggiunta alle salme di persone ivi decedute e nei limiti delle proprie disponibilità, le salme di persone decedute in luoghi pubblici o in abitazioni delle quali l'ATS ha certificato la carenza delle condizioni igienico-sanitarie, per:
 - a) il periodo di osservazione di cui al comma 1;
 - b) l'effettuazione di riscontro diagnostico, autopsia o altro provvedimento disposto dall'autorità giudiziaria.
6. Su richiesta dei congiunti, le salme possono essere poste, per il periodo di osservazione, presso le case funerarie.
7. Non sono ammesse convenzioni tra le strutture sanitarie pubbliche o accreditate e le case funerarie.
8. Sui cadaveri sono consentiti trattamenti di imbalsamazione secondo le modalità stabilite dal d.p.r. 285/1990.

**Art. 70 bis****(Case funerarie)(326)**

1. La casa funeraria è una struttura gestita da imprese in possesso dei requisiti di cui all'articolo 74, comma 3. Presso la casa funeraria sono collocate, a richiesta dei familiari, le salme per la composizione, la vestizione e l'osservazione. Sono altresì svolte attività di imbalsamazione, di tanatocosmesi, di custodia e di esposizione del defunto, oltre alle attività di commemorazione e commiato.
2. L'impresa funebre dichiara tramite SCIA l'avvio di attività di gestione di una o più case funerarie.
3. Le dotazioni strutturali e impiantistiche della casa funeraria devono essere conformi alle caratteristiche igienico-sanitarie previste dalle norme nazionali per le camere mortuarie delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.
4. Oltre a quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, la casa funeraria deve disporre dei seguenti requisiti minimi strutturali quali:
 - a) un adeguato locale per la preparazione delle salme;
 - b) sistemi di sorveglianza continuativa, anche a distanza, per eventuali manifestazioni di vita della salma posta in osservazione;

c) almeno una cella frigorifera.

5. Le case funerarie non devono essere ubicate nelle immediate vicinanze delle strutture sanitarie, dei cimiteri e dei crematori, nonché delle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali, degli hospice, salvo quelle già esistenti alla data di entrata in vigore della legge regionale recante (Modifiche e integrazioni alla l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità": abrogazione del Capo III 'Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali' del Titolo VI e introduzione del Titolo VI bis 'Norme in materia di medicina legale, polizia mortuaria e attività funebre').

6. Il comune territorialmente competente vigila sull'attività di cui al presente articolo avvalendosi dell'ATS per gli aspetti igienico-sanitari.

7. Presso le case funerarie possono essere custoditi, per brevi periodi, i defunti in feretri sigillati in attesa del trasporto, dell'inumazione, della tumulazione o cremazione, anche dopo la celebrazione dei riti funebri.

Art. 71



(Prelievo di cornea, presso l'abitazione del deceduto, a scopo di trapianto terapeutico)(327)(328)

1. Per consentire il prelievo di cornea presso l'abitazione in cui è avvenuto il decesso di persona che ha dichiarato la volontà di donare gli organi, i congiunti o conviventi ne danno immediata comunicazione all'ASST.

2. (329)

3. (329)

4. (329)



Art. 72

(Trasporto funebre)(330)

1. Il trasporto di salma è eseguito da imprese che esercitano l'attività funebre attraverso l'impiego di idonei mezzi e sufficiente personale, in contenitore non sigillato, dal luogo del decesso al luogo di osservazione, indipendentemente dall'avvenuto accertamento della morte. Il trasporto di salma può avvenire, entro quarantotto ore dal decesso, previa certificazione del medico curante o di continuità assistenziale, o di un medico dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale, dalla quale risulti che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica. Il trasferimento della salma può essere effettuato successivamente al termine di quarantotto ore nei casi di prelievo di organi o di riscontro diagnostico disposto dall'autorità giudiziaria o dal medico dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Al fine di consentire lo svolgimento dei riti funebri, il trasferimento deve comunque essere effettuato entro ventiquattro ore dal rilascio della certificazione attestante il termine delle operazioni di prelievo di organi o di riscontro diagnostico, ovvero dal rilascio del nulla osta al seppellimento o alla cremazione da parte dell'autorità giudiziaria.

2. Il trasporto di cadavere è eseguito da imprese che esercitano l'attività funebre attraverso l'impiego di idonei mezzi e sufficiente personale, dal luogo del decesso o di osservazione, al cimitero o al crematorio, purché riposto nel feretro sigillato. Nell'attività di trasporto sono comprese, previa identificazione del cadavere, la decorosa composizione e la sigillatura del feretro, il prelievo del feretro, il trasferimento e la sosta per la celebrazione dei riti funebri. Il trasporto si conclude con la consegna del feretro per la sepoltura o per la cremazione.

3. Il trasporto e il seppellimento di cadaveri, resti mortali e ceneri sono soggetti ad autorizzazione rilasciata dal comune ove è avvenuto il decesso. .

- 
4. Il trasporto della salma è comunicato, prima della partenza, dall'impresa funebre al comune in cui è avvenuto il decesso, nonché al comune di destinazione e all'ASST cui compete l'effettuazione della visita necroscopica.(331)
5. Il trasporto in Italia, da e per l'estero, di cadaveri, nati morti e prodotti abortivi è soggetto ad autorizzazione da parte del comune in cui è avvenuto il decesso o si è verificato l'evento. Per il trasporto in Italia, il comune che ha rilasciato l'autorizzazione ne dà comunicazione all'ASST di riferimento del comune del decesso, nonché al comune di destinazione e all'ASST di riferimento. Per i resti mortali, le parti anatomiche e le ceneri, precedentemente conferite in un cimitero o per le ceneri affidate in ambito domiciliare, l'autorizzazione al trasporto è rilasciata dal comune di competenza.
6. L'addetto al trasporto di cadavere, in quanto incaricato di pubblico servizio, verifica, prima della partenza, che il feretro, in relazione alla destinazione e alla distanza da percorrere, sia stato adeguatamente confezionato.
7. Per i trasporti all'estero la verifica è effettuata dall'ATS di riferimento che può disporre l'adozione di particolari misure igienico-sanitarie.
8. La vigilanza sui trasporti di cui ai commi 1 e 2 spetta al comune, che si avvale dell'ATS relativamente agli aspetti igienico-sanitari.

**Art. 73****(Cremazione e dispersione delle ceneri)(332)**

1. L'autorizzazione alla cremazione e alla dispersione delle ceneri è concessa nel rispetto dei principi e delle modalità di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 130 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri)
2. Ove non sia stata espressa, in forma scritta o orale, la volontà di far disperdere le ceneri, queste vengono riposte in un'urna sigillata, recante i dati anagrafici, per la tumulazione o l'affidamento ai familiari.(333)
3. La consegna dell'urna cineraria è effettuata previa dichiarazione sottoscritta dagli aventi diritto che indichi la destinazione finale dell'urna o delle ceneri; la dichiarazione è conservata in copia, presso l'impianto di cremazione e il comune in cui è avvenuto il decesso, costituisce documento di accompagnamento obbligatorio nelle fasi di trasporto delle ceneri, in caso di affidamento ai familiari, è conservata con l'urna.
4. (334)
5. La Giunta regionale predispone annualmente una relazione relativa all'accesso alla cremazione, nonché all'attività dei crematori presenti sul territorio regionale con particolare riferimento alla loro adeguatezza rispetto al bacino di riferimento. La relazione costituisce autonoma sezione della relazione richiesta all'articolo 131 bis.(335)

**Art. 74****(Attività funebre)(336)**

1. Per attività funebre si intende un'attività imprenditoriale che comprende e assicura in forma congiunta le seguenti prestazioni, da svolgere secondo i principi di concorrenza nel mercato e con modalità che assicurino l'effettiva libertà di scelta delle famiglie colpite da lutto:
- a) attività di agenzia d'affari per il disbrigo delle pratiche amministrative inerenti al decesso, su mandato dei familiari;
 - b) preparazione e vendita di casse, accessori ed altri articoli funebri, in occasione del funerale;
 - c) sanificazione, composizione, vestizione e trattamenti sanitari della salma e del cadavere e relativa collocazione in bara e relativo suggello e confezionamento del feretro;

- d) trasporto funebre;
 - e) trattamenti di tanatocosmesi;
 - f) recupero di salme, su disposizioni dell'autorità giudiziaria, da luoghi pubblici o privati;
 - g) eventuale gestione di case funerarie.
- 2.** Lo svolgimento dell'attività funebre è subordinato alla presentazione di SCIA al comune ove l'impresa ha sede legale, operativa o secondaria.
- 3.** Le attività funerarie devono essere svolte garantendo l'igiene e la sicurezza pubblica. L'esercizio dell'attività funebre è subordinato alla sussistenza e alla permanenza dei seguenti requisiti:
- a) una sede destinata al disbrigo delle pratiche amministrative, alla vendita di casse e articoli funebri e ad ogni altra attività connessa al funerale;
 - b) un carro funebre;
 - c) un'autorimessa;
 - d) un direttore tecnico, dotato di poteri direttivi e responsabile dell'attività funebre, in particolare dello svolgimento delle pratiche amministrative e della trattazione degli affari, in possesso dei requisiti formativi;
 - e) un addetto, per ogni sede oltre la prima, abilitato alla trattazione delle pratiche amministrative e degli affari, in persona diversa da quella utilizzata per la sede principale o altre sedi, che mantiene i rapporti con i clienti e con il pubblico in rappresentanza dell'impresa e avente titolarità della negoziazione degli affari, in possesso dei previsti requisiti formativi, assunto con regolare rapporto di lavoro;
 - f) almeno quattro operatori funebri o necrofori, con regolare rapporto di lavoro continuativo e permanente, in base a quanto previsto dal CCNL di categoria e in possesso dei relativi requisiti formativi.
- 4.** I requisiti di cui al comma 3, lettere b), c) ed f) si intendono soddisfatti laddove la relativa disponibilità continuativa venga acquisita congiuntamente attraverso la stipulazione, in via esclusiva, con un centro servizi, di cui all'articolo 74 bis, di specifici contratti continuativi di appalto di servizi, idonei a garantire in via continuativa e funzionale l'espletamento dell'attività funebre, dichiarati tramite SCIA e registrati presso la camera di commercio. Tali contratti devono essere comunicati, sulla base delle previsioni contenute nel regolamento di cui all'articolo 76, al comune dove opera l'impresa, nonché all'utente finale.
- 5.** Il regolamento di cui all'articolo 76 definisce gli obblighi formativi per gli addetti allo svolgimento dell'attività funebre. La Regione, d'intesa con le associazioni rappresentative dei comuni e di categoria, promuove l'adozione di un codice deontologico per le imprese che esercitano l'attività funebre.
- 6.** L'attività funebre è incompatibile con:
- a) la gestione dei servizi cimiteriali istituzionali;
 - b) il servizio obitorioale;
 - c) la gestione delle camere mortuarie delle strutture sanitarie, socio assistenziali, di ricovero e cura ed assimilate, sia pubbliche sia private
 - d) il servizio di ambulanza e trasporto malati.
- 7.** Alle imprese funebri è vietata la prestazione dei servizi di ambito necroscopico, intendendosi per tali la gestione di servizi mortuari di strutture sanitarie e assimilabili e di depositi di osservazione e obitori, nonché la fornitura a questi di servizi diversi dal trasporto funebre.
- 8.** Alle imprese funebri é vietato l'esercizio, anche per tramite di proprio personale, del servizio di ambulanza, di attività di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero e di ogni trasporto ad esso assimilabile, nonché l'esercizio di ogni altro servizio parasanitario, socio assistenziale o assimilabile. È preclusa, altresì, la possibilità di esercitare l'attività funebre, anche in qualità di soli soci, a soggetti che gestiscono servizio di ambulanza e di ogni trasporto ad esso assimilabile, nonché l'esercizio di ogni altro servizio parasanitario, socio-assistenziale o assimilabile.



Art. 74 bis
(Centri servizi)(337)

1. Il centro servizi è una impresa che svolge attività funebre ai sensi dell'articolo 74.
2. Il centro servizi che intende garantire in via continuativa a terzi il possesso dei requisiti tecnico-organizzativi di cui all'articolo 74, comma 3, lettere b), c) ed f) deve possedere in via continuativa e diretta i seguenti requisiti minimi dichiarati in SCIA e registrati presso la camera di commercio: a) b) c)
 - a) due carri funebri;
 - b) un'autorimessa;
 - c) otto unità lavorative annue, con mansioni di operatori funebri o necrofori, con regolare rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dal CCNL di categoria e in possesso dei relativi requisiti formativi, secondo un criterio di proporzionalità, definito dal regolamento di cui all'articolo 76, crescente in relazione al numero di contratti stipulati con imprese funebri e di servizi in appalto per conto delle medesime imprese.
3. Il regolamento di cui all'articolo 76 definisce le ulteriori dotazioni di risorse umane e strutturali che i centri servizi devono possedere, in base ad un criterio di proporzionalità con i contratti sottoscritti e in relazione al numero di servizi funebri svolti nell'anno precedente, al fine di poter garantire il regolare svolgimento dei servizi richiesti.



Art. 74 ter
(Obblighi di comunicazione)(337)

1. Il regolamento di cui all'articolo 76 stabilisce i criteri e le modalità relativi agli obblighi di comunicazione dei servizi funebri e dei contratti sottoscritti tra imprese e centri servizi.
2. Il regolamento definisce i livelli di proporzionalità dei requisiti minimi dei centri servizi in relazione al numero di contratti sottoscritti con imprese funebri, prevedendo che le imprese attivino la comunicazione in modalità telematica relativa ai servizi funebri svolti nell'arco dell'anno e all'aggiornamento dei requisiti minimi.



Art. 75
(Cimiteri e spazi per i funerali)(338)

1. Il comune dà sepoltura:
 - a) ai cadaveri dei propri residenti e delle persone morte nel territorio del comune, anche se non residenti;
 - b) ai cadaveri di aventi diritto al seppellimento in sepoltura privata esistente nel comune stesso;
 - c) ai nati morti e prodotti del concepimento, esclusivamente su esplicita richiesta della donna o di chi è titolato alla decisione, nei casi in cui il parto o l'aborto sia avvenuto in struttura sanitaria sita nel territorio comunale;
 - d) alle parti anatomiche riconoscibili, derivanti da interventi avvenuti in struttura sanitaria sita nel territorio comunale;
 - e) alle ossa, ai resti mortali e alle ceneri derivanti da cadaveri di cui alle lettere a), b), c) e d).
2. Il comune ha la facoltà di prevedere la sepoltura dei cadaveri di persone nate nel comune ma non residenti.
3. Ogni comune, nell'ambito della pianificazione urbanistica e territoriale, prevede aree cimiteriali in grado di rispondere alle necessità di sepoltura nell'arco dei dieci anni successivi all'adozione degli strumenti urbanistici, tenuto conto degli obblighi di cui al comma 1, e con la finalità di favorire il ricorso alle forme di sepoltura di minor impatto sull'ambiente, quali l'inumazione e la cremazione.
4. La gestione e la manutenzione dei cimiteri possono essere affidate a soggetti pubblici o privati. Se il gestore del cimitero svolge anche attività funebre è obbligatoria la separazione societaria prevista dalla legge 10 ottobre 1990, n. 287 (Norme per la tutela della concorrenza e del mercato).

- 5.** I titolari di concessioni relative ai manufatti o terreni cimiteriali, previa comunicazione al comune e, compatibilmente con quanto stabilito nelle eventuali convenzioni di partenariato pubblico-privato che riguardano il cimitero nel cui ambito sono rilasciate le concessioni, hanno facoltà di affidare a soggetti da loro scelti lo svolgimento delle attività inerenti all'installazione e manutenzione di monumenti o lapidi relativi al manufatto o terreno oggetto di concessione.
- 6.** L'area cimiteriale è delimitata da idonea recinzione. L'area di rispetto lungo il perimetro cimiteriale è definita considerando:
- a) la necessità di dotazione di parcheggi e servizi per gli utenti;
 - b) l'eventuale necessità di ampliamento, in relazione alle previsioni di cui al comma 3;
 - c) l'eventuale presenza di servizi o impianti tecnologici all'interno del cimitero e le conseguenti distanze di tutela;
 - d) il rispetto delle attività di culto dei dolenti.
- 7.** Il comune, su richiesta di privati, associazioni o enti morali, può concedere in uso aree all'interno del cimitero per sepolture private, nel rispetto dei requisiti tecnici e igienico-sanitari. La concessione in uso di aree interne al cimitero deve sempre garantire la ricezione di cadaveri indipendentemente dal sesso, dall'etnia e dalla professione religiosa.
- 8.** Il comune può altresì autorizzare:
- a) la costruzione e l'uso di aree e spazi per la sepoltura di animali d'affezione, secondo le indicazioni tecniche dell'ATS e dell'ARPA;
 - b) la costruzione di cappelle private fuori dal cimitero, purché contornate da un'area di rispetto;
 - c) la tumulazione in luoghi al di fuori del cimitero, previo parere e secondo le indicazioni tecniche dell'ATS e dell'ARPA, quando ricorrano giustificati motivi di speciali onoranze.
- 9.** I comuni definiscono:
- a) l'assetto interno di ciascun cimitero;
 - b) i turni di rotazione dei campi di inumazione o le procedure di trattamento del terreno atte a favorire i processi di mineralizzazione;
 - c) le modalità di concessione e le tariffe delle sepolture private, nonché le modalità di tumulazione degli animali di affezione;
 - d) l'ampiezza delle aree di rispetto di cui al comma 6 e al comma 8, lettera b).
- 10.** Nei casi di cui al comma 9, lettere a) e d), è richiesto il parere dell'ATS e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze.
- 11.** Il comune autorizza la costruzione di nuovi cimiteri, l'ampliamento o la ristrutturazione di quelli esistenti, previo parere vincolante dell'ATS e dell'ARPA, secondo le rispettive competenze. La soppressione di cimiteri è autorizzata dall'ATS.
- 12.** I comuni assicurano spazi pubblici idonei allo svolgimento dei funerali civili; questi spazi devono consentire la riunione di persone e lo svolgimento dell'orazione funebre nel rispetto delle volontà del defunto e dei suoi familiari.
- 13.** Gli animali di affezione, per volontà del defunto o su richiesta degli eredi, possono essere tumulati in teca separata, previa cremazione, nello stesso loculo del defunto o nella tomba di famiglia, secondo le disposizioni contenute nel regolamento di cui all'articolo 76 e nel regolamento comunale.



Art. 76

(Regolamento di attuazione)(339)

- 1.** Il regolamento attuativo del presente titolo definisce, in particolare:
- a) gli aspetti di dettaglio relativi ai requisiti richiesti per lo svolgimento dell'attività funebre e per l'esecuzione dei controlli sui requisiti che restano in capo alla Giunta regionale e agli enti competenti;
 - b) i requisiti richiesti per la gestione delle case funerarie;
 - c) le caratteristiche delle strutture destinate alle funzioni di deposito per l'osservazione delle salme a cui i comuni devono fare riferimento e i criteri per la ripartizione dei relativi oneri;

- d) i requisiti e le caratteristiche per la costruzione di nuovi cimiteri, nonché le condizioni per la soppressione e i criteri di ristrutturazione di quelli esistenti;
 - e) le caratteristiche dei campi di inumazione, dei loculi areati e non, delle sepolture private e delle strutture cimiteriali;
 - f) le caratteristiche e le modalità per la realizzazione di sepolture private fuori dai cimiteri;
 - g) l'ampiezza minima e massima delle aree di rispetto di cui all'articolo 75, comma 6 e comma 8, lettera b);
 - h) le condizioni e i requisiti per la consegna e l'affidamento delle ceneri;
 - i) i criteri di proporzionalità in merito ai requisiti minimi delle imprese funebri e dei centri servizi;
 - j) le modalità relative alla raccolta delle informazioni sui servizi funebri da parte dei comuni mediante utilizzo di piattaforma informatica;
 - k) le modalità di gestione e organizzazione delle case funerarie;
 - l) la disciplina delle incompatibilità e condizioni ostative all'esercizio dell'attività funebre;
 - m) le modalità di attuazione del procedimento di donazione di cadaveri e parti anatomiche riconoscibili per finalità di studio, ricerca o insegnamento.
2. I contenuti del regolamento di attuazione sono definiti sentiti l'ANCI e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative.



Art. 77

(Sanzioni)(340)

1. Per le violazioni delle disposizioni del presente titolo e del relativo regolamento, salvo che il fatto sia previsto dalla legge come reato, si applicano le seguenti sanzioni:
- a) da € 500 a € 1.000 per le violazioni dell'articolo 70, commi 1, 2 e 4;
 - b) da € 2.000 a € 5.000 per le violazioni dell'articolo 70, comma 7;
 - c) da € 1.000 a € 2.000 per le violazioni dell'articolo 70, comma 8;
 - d) da € 1.000 a € 2.000 per le violazioni dell'articolo 72;
 - e) da € 3.000 a € 9.000 per lo svolgimento dell'attività funebre in mancanza dei requisiti richiesti o per la mancata presentazione della segnalazione certificata di inizio attività;
 - f) da € 3.000 a € 9.000 per le violazioni dell'articolo 74 bis.
2. Contestualmente all'irrogazione della sanzione di cui al comma 1, lettera e), è disposto il divieto di prosecuzione dell'attività.
3. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dagli enti competenti per la loro applicazione, ai sensi dell'articolo 26, comma 4, della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria).
4. Per quanto non previsto dal presente articolo, si osservano le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale).

Titolo VII

Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica

Capo I

Articolazione delle competenze e vigilanza sulle farmacie



Art. 78

(Oggetto)(341)

1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie, nei limiti dei principi fissati dalle leggi vigenti e dalle norme sull'organizzazione del servizio sanitario regionale.



Art. 79

(Competenze della Regione)(342)

1. (343)

2. Il dirigente della competente struttura regionale esercita le funzioni amministrative concernenti:



- a) l'offerta in prelazione delle sedi farmaceutiche istituite dai comuni; **(344)**
- b) il concorso regionale per l'assegnazione di sedi farmaceutiche all'esercizio privato;
- c) il concorso per l'assegnazione delle zone oggetto di decentramento all'interno dei comuni, a seguito delle modifiche da essi effettuate in adeguamento a mutate necessità di assistenza farmaceutica;
- d) l'istituzione dei dispensari farmaceutici e delle farmacie succursali.

3. I provvedimenti di cui al comma 2, lettera d), sono adottati sentito il parere dell'Ordine dei farmacisti e delle ATS competenti per territorio; tali pareri sono espressi e comunicati nel termine perentorio di trenta giorni dalla data di ricezione della richiesta; decorso inutilmente il termine si intendono favorevoli.



3 bis. I comuni, entro trenta giorni dalla data di pubblicazione sull'albo pretorio, trasmettono alla competente struttura regionale le delibere riguardanti l'istituzione e la variazione delle sedi farmaceutiche. **(345)**



Art. 80

(Competenze delle ATS)(346)

1. Le ATS, tramite il servizio farmaceutico, esercitano, nel rispetto della normativa statale e in coerenza con la programmazione regionale, le funzioni concernenti:

- a) il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 agosto 2006, n. 248;
- b) le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica;
- c) il governo e il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di assistenza farmaceutica, dietetica e protesica;
- d) la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei tetti della spesa;
- e) il controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate attraverso le farmacie interne.

2. Le ATS, in relazione alle farmacie aperte al pubblico, tramite il servizio farmaceutico, esercitano le funzioni concernenti:

- a) la titolarità e la relativa decadenza;
- b) l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio;
- c) i trasferimenti dei locali nell'ambito della zona di pertinenza;
- d) i provvedimenti riguardanti le gestioni provvisorie degli eredi del titolare;
- e) la determinazione e l'autorizzazione al pagamento delle indennità di residenza per le farmacie rurali e di gestione per i dispensari farmaceutici;
- f) la determinazione dell'indennità di avviamento e del valore degli arredi, provviste e dotazioni;
- g) la chiusura temporanea dell'esercizio farmaceutico;

- h) la sostituzione temporanea del titolare nella conduzione economica e professionale della farmacia;
 - i) gli orari, i turni di servizio e le ferie annuali;
 - j) la vigilanza sia ai fini professionali e tecnico-amministrativi sia ai fini igienico-sanitari;
 - k) la vigilanza sui farmaci veterinari, con particolare riguardo all'attività prescrittiva e distributiva, in coordinamento con il dipartimento di prevenzione veterinaria;
 - l) la vigilanza sulla corretta applicazione dell'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie aperte al pubblico;
 - m) gli adempimenti tecnico-amministrativi di supporto alle funzioni del Ministero competente in materia di sanità nel settore dei farmaci;
 - n) la vigilanza e il controllo di competenza in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope;
 - o) la tenuta e l'aggiornamento dell'archivio dati, comprese le comunicazioni, da parte del titolare o del direttore della farmacia, dell'assunzione e della cessazione degli addetti all'esercizio farmaceutico;
 - p) la partecipazione e la collaborazione, per quanto di competenza e secondo gli indirizzi regionali, all'attuazione dei programmi di farmacovigilanza, di ricerca scientifica, di educazione sanitaria della popolazione, nonché di formazione e di aggiornamento professionale per gli operatori del settore farmaceutico;
 - q) le verifiche di conformità sull'applicazione dei provvedimenti di autorizzazione alla pubblicità e alla informazione scientifica di medicinali e presidi medico-chirurgici, dei dispositivi medici in commercio e delle caratteristiche terapeutiche delle acque minerali;
 - r) l'autorizzazione e la vigilanza sulla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione;
 - s) la verifica contabile delle distinte secondo le norme dell'accordo nazionale unico vigente, nonché il controllo contabile e tecnico delle ricette mediche, secondo protocolli condivisi con le associazioni regionali delle farmacie;
 - t) ogni altro provvedimento non espressamente riservato ad altri enti.
3. La decadenza di cui al comma 2, lettera a), è dichiarata sentito il direttore generale della direzione regionale competente in materia.

Art. 8

(Concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche)(347)

1. I concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio sono banditi dal dirigente della competente struttura regionale.
2. La commissione giudicatrice è composta come segue:
 - a) un funzionario amministrativo di categoria D appartenente al ruolo regionale ovvero una corrispondente figura dei ruoli del servizio sanitario regionale, che esercita le funzioni di presidente;
 - b) un professore universitario di ruolo della facoltà di scienze del farmaco con un'anzianità di insegnamento di almeno cinque anni in una delle materie oggetto di esame;
 - c) due farmacisti che esercitano la professione in farmacia, di cui uno non titolare, scelti rispettivamente in due terne proposte dalla federazione degli ordini dei farmacisti della Lombardia;
 - d) un farmacista della Regione ovvero un dirigente farmacista appartenente ai ruoli nominativi del servizio sanitario regionale;
 - e) un dipendente di un ente del sistema regionale, di categoria non inferiore alla C, che svolge le funzioni di segretario.
3. Il dirigente della competente struttura regionale nomina la commissione giudicatrice, approva la graduatoria, provvede all'interpello, alla nomina dei vincitori e alla notifica degli atti agli interessati.
4. Ai componenti della commissione giudicatrice spettano le indennità nella misura prevista dall'articolo 100 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

**Art. 82****(Vigilanza sulle farmacie)(348)**

1. Le ATS esercitano, per mezzo di una commissione ispettiva che opera in autonomia, la vigilanza sulle farmacie nel rispetto del proprio piano di controllo annuale.
2. Qualora il carico della commissione di cui al comma 1 lo richieda, la stessa può articolarsi in sottocommissioni operative.
3. Ogni commissione e sue eventuali sottocommissioni sono costituite da:
 - a) un farmacista del servizio farmaceutico dell'ATS, che la presiede;
 - b) un farmacista scelto fra terne designate dall'Ordine dei farmacisti competente per territorio;
 - c) un funzionario del ruolo amministrativo dell'ATS, che svolge le funzioni di segretario, nel caso di commissione, ovvero un dipendente del ruolo amministrativo dell'ATS, che svolge le funzioni di segretario, nel caso di sottocommissioni.
4. Le terne, costituite da titolari o direttori di farmacie aperte al pubblico, sono una per distretto dell'ATS, con la possibilità di una terna aggiuntiva per ogni ATS. I farmacisti che compongono le terne non operano nel medesimo distretto in cui è ubicata la farmacia da sottoporre a ispezione. In ogni caso non operano entro un raggio di 12,5 km dalle farmacie di cui sono titolari o direttori.
5. La commissione, ove ne ravvisi la necessità, può essere integrata da altre figure professionali previa condivisione di tutti i componenti della commissione medesima.
6. La commissione ispettiva e le sue eventuali sottocommissioni, laddove istituite, redigono un verbale nel quale sono riportati i rilievi e le valutazioni svolte, le difformità riscontrate, le violazioni contestate anche dalle eventuali sottocommissioni, le eventuali prescrizioni imposte con l'indicazione dei termini di adempimento. Il verbale è trasmesso al servizio farmaceutico dell'ATS e all'Ordine dei farmacisti per l'adozione dei provvedimenti di competenza. In caso di farmacie comunali, il verbale è trasmesso anche al comune.

**Art. 83(349)****Art. 85****(Assistenza farmaceutica e rapporti convenzionali)(350)**

1. Le ATS erogano l'assistenza farmaceutica tramite le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico, ubicate nel proprio territorio, secondo quanto stabilito dalla normativa statale.
2. I rapporti convenzionali tra le ATS e le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico sono regolati secondo i criteri e le modalità dettati dall'accordo nazionale unico vigente ai sensi di quanto disposto dall'articolo 8, comma 2, del d.lgs. 502/1992.

**Art. 84****(Farmacie dei servizi)(351)**

1. La Regione, al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali anche ai fini di cui all'articolo 37. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché di utilizzo di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, anche in base alle attività della farmacia dei servizi

previste dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69), alle farmacie sono affidati:

- a) la diffusione di programmi di promozione della salute, di sani stili di vita e di educazione sanitaria, in accordo con le competenti ATS;
- b) la collaborazione con le ATS nella valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- c) l'orientamento del cittadino al corretto utilizzo dei medicinali prescritti, al fine di favorire l'aderenza alle terapie mediche, in coordinamento con le AFT e le UCCP e a supporto delle attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
- d) la partecipazione ed erogazione di prestazioni di analisi e di telemedicina anche sulla base di programmi predefiniti di monitoraggio e screening, per quanto autorizzabili;
- e) la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale;
- f) le prenotazioni di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, la riscossione della relativa compartecipazione e il ritiro dei referti;
- g) l'erogazione di prodotti e ausili di protesica e assistenza integrativa in raccordo con le ATS e la competente struttura regionale;
- h) i servizi alla persona  connessi ai piani di zona, previo accordo sottoscritto con i comuni interessati, in raccordo con le ATS e le ASST;**(352)**
- i) i programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, sia singoli sia organizzati in AFT e UCCP, nell'ambito dei modelli di presa in carico e attraverso strumenti validati, al fine di valutare la comprensione da parte del paziente dell'uso del farmaco, l'allineamento alle indicazioni del medico curante e l'eventuale assunzione di farmaci da automedicazione che possono interferire con il trattamento;
- i bis) l'adesione alle campagne di vaccinazione della popolazione in coerenza con la normativa statale, in raccordo con le ATS e ASST e in sinergia con i MMG;**(353)**
- i ter) l'erogazione all'interno delle farmacie delle attività sanitarie  con il coinvolgimento delle professioni sanitarie, in coerenza con quanto previsto dalla normativa statale.**(353)**

2. Con provvedimento della Giunta regionale possono essere disciplinati ulteriori servizi resi disponibili a seguito della piena attuazione della ricetta elettronica.



Art. 85(354)



Art. 86(354)



Art. 87(354)



Art. 88(354)

Capo II

Disposizioni sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie

**Art. 89****(Oggetto)(355)**

1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle farmacie aperte al pubblico per quanto attiene agli orari di apertura, ai turni di servizio, nonché alla chiusura per riposo infrasettimanale, alle festività e alle ferie.

**Art. 90****(Orario di apertura delle farmacie)(356)**

1. L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni. Per orario diurno s'intende quello compreso fra le ore 8.00 e le ore 20.00 e per orario notturno quello compreso fra le ore 20.00 e le ore 8.00 del giorno successivo.
2. Per le farmacie che ne diano annualmente comunicazione l'orario di apertura può essere liberamente esteso oltre i termini di cui al comma 1.
3. Al fine di garantire un'adeguata programmazione del servizio farmaceutico e una corretta informazione, le farmacie, secondo le modalità di cui all'articolo 91, comma 14, comunicano all'ATS l'orario che intendono adottare, l'eventuale giorno di riposo e le eventuali variazioni previste durante l'anno. Salvo diverse disposizioni dell'ATS, in caso di mancata rappresentazione della comunicazione si intende confermata quella precedente. Ulteriori variazioni devono essere comunicate con un preavviso di almeno trenta giorni.
4. Se il titolare di farmacia rurale o unica gestisce un dispensario, può essere autorizzata una riduzione dell'orario di apertura della farmacia principale in misura non superiore a due ore giornaliere.

**Art. 91****(Turni di servizio)(357)**

1. Nei giorni e nelle ore di chiusura delle farmacie il servizio farmaceutico è assicurato dalle farmacie di turno il cui numero è stabilito in modo che vi sia una farmacia di turno ogni 90.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento.
2. Nelle aree montane e a scarsa densità abitativa o con disagiata situazione viabilistica o orografica, il rapporto di cui al comma 1 può essere ridotto fino al limite massimo di una farmacia di turno ogni 25.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento.
3. Nelle aree urbane ad elevata densità di popolazione, il rapporto di cui al comma 1 può essere esteso fino al limite di una farmacia di turno ogni 120.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento.
4. Tutte le farmacie sono obbligate ad effettuare il turno in condizioni di parità. L'ATS, nel fissare il calendario dei turni, tiene conto di tutte le farmacie esistenti sul territorio, salvo urgenti temporanee deroghe per eccezionali e giustificati motivi, purché il servizio sia comunque garantito.
5. Le farmacie di turno svolgono il servizio dalle ore 8 alle ore 20 a battenti aperti e successivamente a battenti chiusi fino all'ora di apertura antimeridiana, salvo diverso accordo con la ATS competente che garantisca comunque la continuità del servizio. Il servizio a battenti aperti per ragioni di sicurezza può essere svolto con modalità che escludono l'accesso del pubblico ai locali della farmacia. L'avvicendamento delle farmacie nel turno avviene senza soluzioni di continuità del servizio.
6. Quando svolgono servizio a battenti chiusi, le farmacie possono limitarsi alla distribuzione dei medicinali, in tutte le diverse tipologie, del materiale di medicazione e della dietetica speciale, la cui dispensazione in tutte le diverse tipologie non può essere rifiutata.

7. Per assicurare una più completa forma di assistenza e per motivate esigenze locali, a richiesta delle farmacie e anche in aggiunta ai normali turni di servizio, può essere autorizzata la prestazione del servizio notturno continuativo a battenti aperti.
8. In deroga ai commi 1, 2 e 3, le farmacie di turno possono essere esentate dal servizio durante le corrispondenti ore notturne, qualora nel medesimo ambito distrettuale, così come configurato dall'ATS, vi sia almeno una farmacia che svolga il servizio notturno continuativo a battenti aperti. Il criterio degli ambiti distrettuali non si applica ai comuni che comprendono più ambiti distrettuali all'interno del loro territorio. Il numero di farmacie che svolgono il servizio notturno continuativo a battenti aperti, in base al quale le farmacie di turno possono essere esentate dal servizio notturno, è calcolato esclusivamente in relazione al numero degli abitanti di cui al comma 3.
9. I dispensari farmaceutici non partecipano ai turni di servizio; vi partecipano invece le farmacie succursali nel periodo di apertura.
10. I turni di servizio, per tutte le farmacie, sono della durata massima settimanale.
11. Il calendario dei turni prevede, per ciascuna farmacia, almeno tre periodi di servizio ordinario per ogni turno di servizio.
12. Il farmacista in turno extra orario diurno e in turno notturno a battenti chiusi, pur se non obbligato alla permanenza in farmacia, è tenuto alla disponibilità per la dispensazione dei prodotti di cui al comma 6 nel più breve tempo possibile e comunque entro venti minuti dalla chiamata.
13. Nessun obbligo di reperibilità può essere imposto ai titolari di farmacie che non siano di turno, salvo eventi eccezionali.
14. Il calendario dei turni di servizio diurno, notturno e festivo e delle ferie annuali viene predisposto entro il mese di marzo dall'ATS, sentiti l'Ordine dei farmacisti competente per territorio e le associazioni di categoria, sia pubbliche sia private, presenti sul territorio, previo parere dei comuni interessati. Si prescinde dai pareri qualora non siano pervenuti entro trenta giorni dalla richiesta. La proposta deve comprendere tutte le farmacie del territorio, incluse quelle non aderenti ad alcuna associazione, tenendo conto delle loro eventuali proposte. Entro il mese di maggio di ciascun anno, il direttore generale dell'ATS adotta il calendario.
15. In caso di ritardata o mancata adozione del calendario per il nuovo anno si osserva la rotazione dell'anno precedente.
16. Del calendario dei turni è data informazione alla popolazione mediante i mezzi di comunicazione più idonei.



Art. 92

(Chiusura per ferie annuali)(358)

1. Tutte le farmacie hanno diritto, fatti salvi i casi di calamità naturali e di eventi eccezionali, alla chiusura annuale, comunque facoltativa e nel rispetto del CCNL dei dipendenti, per ferie per uno o più periodi, fino ad un massimo di ventiquattro giorni lavorativi da conteggiare entro il periodo di validità del calendario di cui all'articolo 91, comma 14.
2. Le ferie sono proposte e autorizzate in modo da assicurare un adeguato servizio di assistenza farmaceutica nei distretti delle ATS. Le farmacie chiuse per ferie indicano le sedi aperte più vicine con il relativo orario di apertura.
3. I dispensari restano chiusi nel periodo di chiusura per ferie delle rispettive farmacie e possono chiudere per ulteriori periodi, purché non superiori a quanto previsto al comma 1. Le farmacie succursali e i dispensari stagionali restano aperti nei periodi concordati con l'ATS e il comune.

**Art. 93****(Cartelli e segnaletica obbligatori)(359)**

1. Le farmacie espongono, in posizione ben visibile e illuminata, un cartello indicante le farmacie di turno, in ordine di vicinanza, l'orario di apertura e chiusura giornaliera dell'esercizio e l'eventuale numero verde al quale rivolgersi per qualsiasi informazione relativa al servizio.
2. Le sole farmacie aperte e quelle di turno tengono accesa un'insegna luminosa della misura fino a 1 mq per facciata, a forma di croce di colore verde che ne faciliti l'individuazione, in conformità alle disposizioni del codice della strada e dei regolamenti comunali. La croce verde di segnalazione è utilizzata esclusivamente dalle farmacie aperte al pubblico.

**Art. 94****(Sanzioni)(360)**

1. L'inosservanza delle disposizioni di cui agli articoli 90, 91, 92 e 93 comporta l'applicazione, da parte dell'ATS, di sanzioni da € 100 a € 500.
2. La funzione sanzionatoria per le violazioni di cui al comma 1 spetta all'ATS, secondo quanto previsto dalla legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria).
3. L'ATS comunica le violazioni accertate all'Ordine dei farmacisti per i provvedimenti deontologici conseguenti.
4. In caso di reiterata violazione delle disposizioni di cui al comma 1, l'ATS può ordinare la chiusura della farmacia fino a quindici giorni.

**Art. 95(361)****Art. 96(361)****Art. 97(361)****TITOLO VII bis(362)***Sistema bibliotecario biomedico lombardo***Art. 97 bis****(Configurazione del sistema bibliotecario biomedico lombardo)(363)**

1. Il sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL), di seguito denominato sistema, è una biblioteca virtuale alla quale aderiscono soggetti pubblici e privati. Tale sistema è finalizzato a promuovere la diffusione dell'informazione scientifica nel quadro degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociosanitaria. 
2. L'organizzazione e il funzionamento del sistema sono disciplinati con regolamento(364) di cui all'articolo 42, comma 1, lettera b), dello Statuto d'autonomia, in conformità ai seguenti principi e norme generali:

- a) previsione di un comitato di indirizzo con funzioni di programmazione, del quale fanno parte non più di tre dirigenti regionali e non più di sei rappresentanti dei soggetti che aderiscono al sistema;
 - b) previsione di un comitato scientifico con funzioni consultive, del quale fanno parte non più di sette componenti scelti tra esperti in discipline sanitarie e nell'organizzazione e gestione di biblioteche biomediche;
 - c) previsione di un direttore, nominato dal comitato di indirizzo, con funzioni di raccordo tra lo stesso comitato di indirizzo e il centro di riferimento regionale di cui alla lettera f);
 - d) previsione per gli organi di cui alle lettere a), b) e c) di una durata in carica quinquennale, con possibilità di rinnovo per altri cinque anni;
 - e) definizione delle modalità di funzionamento del comitato di indirizzo e del comitato scientifico, nonché delle modalità di individuazione dei rappresentanti di cui alla lettera a);
 - f) affidamento dei compiti gestionali ad un soggetto pubblico individuato quale centro di riferimento regionale (CRR), in grado di provvedere all'assolvimento di tali compiti attraverso la propria struttura;
 - g) definizione dei requisiti, delle modalità di individuazione, nonché specificazione dei compiti del CRR;
 - h) definizione dei requisiti per l'adesione al sistema e degli impegni da assumere da parte degli aderenti;
 - i) stipulazione di una convenzione di durata quinquennale tra la Regione e il CRR;
 - j) stipulazione, da parte del CRR, di convenzioni di durata quinquennale con i soggetti che aderiscono al sistema;
 - k) definizione delle condizioni e delle modalità di accesso al patrimonio bibliografico;
 - l) definizione delle modalità di assegnazione e di rendicontazione del contributo annuale di cui al comma 3;
 - m) previsione, per un periodo non superiore a nove mesi dall'approvazione del regolamento, della costituzione del comitato di indirizzo, in composizione ridotta, con i soli dirigenti regionali.
- 3.** Per l'assolvimento dei compiti assegnati, la Regione eroga al CRR un contributo annuale al quale possono aggiungersi le entrate derivanti dall'erogazione dei servizi del sistema, nonché altre risorse rese disponibili dai soggetti convenzionati.

Titolo VIII(365)

Norme in materia di sanità pubblica veterinaria

Capo I

Disposizioni generali



Art. 98

(Oggetto e finalità)(366)

- 1.** Il presente capo reca norme in materia di sanità pubblica veterinaria e disciplina l'organizzazione e il funzionamento dei servizi del dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale della ATS.
- 2.** I servizi di cui al comma 1 assicurano la tutela della salute umana e animale, agendo in stretto coordinamento tra loro e promuovendo il coinvolgimento di enti, associazioni e servizi che operano nel settore delle produzioni zootecniche.
- 3.** Gli obiettivi da perseguire nell'ambito della sanità pubblica veterinaria sono determinati, nel contesto del piano nazionale integrato, dal piano sociosanitario integrato lombardo, dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e dai relativi provvedimenti di attuazione.



Art. 99

(Competenze delle ATS)(366)

- 1.** Le competenze delle ATS in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale fanno capo ai dipartimenti veterinari e sicurezza degli alimenti di origine animale e ai distretti di medicina veterinaria.

2. Ai dipartimenti sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento, gestione dei processi, supporto e verifica dell'attività di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare svolta dai distretti di medicina veterinaria.

3. Il dipartimento di prevenzione veterinario si articola nei servizi di sanità animale, igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e nell'unità operativa di igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo, tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali (pet-therapy). I servizi assicurano le seguenti specifiche funzioni:

a) sanità animale:

1. mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle malattie e prevenzione e controllo delle malattie infettive di interesse zoonosico e zootecnico negli animali d'allevamento e nella fauna selvatica;
2. gestione delle anagrafi zootecniche, degli animali d'affezione e delle movimentazioni degli animali;
3. gestione delle emergenze epidemiche, compresi gli adempimenti relativi al calcolo dei valori di mercato degli animali abbattuti, e delle reti di epidemiosorveglianza;(367)
4. profilassi della rabbia e delle altre zoonosi e prevenzione e controllo delle malattie infettive negli animali di affezione;

4 bis. rilascio delle autorizzazioni alle imprese di acquacoltura e agli stabilimenti di lavorazione di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 4 agosto 2008, n. 148 (Attuazione della direttiva 2006/88/CE relativa alle condizioni di polizia sanitaria applicabili alle specie animali d'acquacoltura e ai relativi prodotti, nonché alla prevenzione di talune malattie degli animali acquatici e alle misure di lotta contro tali malattie);(368)

4 ter. rilascio delle autorizzazioni per il riconoscimento di:(368)

- a) centri di raccolta degli animali della specie bovina e suina di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 22 maggio 1999, n. 196 (Attuazione della direttiva 97/12/CE che modifica e aggiorna la direttiva 64/432/CEE relativa ai problemi di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari di animali delle specie bovina e suina);
- b) centri di raccolta degli ovini e caprini di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 193 (Attuazione della direttiva 2003/50/CE relativa al rafforzamento dei controlli sui movimenti di ovini e caprini);
- c) stabilimenti autorizzati agli scambi intracomunitari di pollame e uova da cova di cui all'articolo 6 della direttiva 2009/158/CE del Consiglio, del 30 novembre 2009, relativa alle norme di polizia sanitaria per gli scambi intracomunitari e le importazioni in provenienza dai paesi terzi di pollame e uova da cova;
- d) impianti e stazioni di quarantena per volatili di cui all'articolo 3 della decisione della Commissione europea del 16 ottobre 2000 relativa alle condizioni di polizia sanitaria, alla certificazione veterinaria e alle condizioni di quarantena per l'importazione di volatili diversi dal pollame;

b) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale:

1. mantenimento delle condizioni di igiene per la sicurezza degli alimenti e delle produzioni di origine animale lungo tutte le filiere di competenza veterinaria;
2. gestione delle anagrafi degli stabilimenti di produzione, trasformazione, deposito e commercializzazione di alimenti di origine animale;
3. gestione del sistema di allerta e interventi nei casi di malattie alimentari connesse al consumo di alimenti di origine animale;
4. gestione delle problematiche di natura sanitaria connesse con l'attività di importazione ed esportazione di prodotti di origine animale;
5. verifica del rispetto della normativa sul benessere animale negli stabilimenti di macellazione e promozione dello stordimento animale anche per la macellazione rituale;
- 5 bis. registrazione e riconoscimento degli stabilimenti operanti nel settore della produzione, lavorazione e deposito di alimenti di origine animale, secondo quanto disposto dal regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, sull'igiene dei prodotti alimentari e dal regolamento (CE) n. 853/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, che contiene norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale;(369)

c) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche:

1. applicazione puntuale e omogenea delle misure di controllo sull'utilizzo del farmaco veterinario, sull'alimentazione animale, sul benessere e sulla riproduzione degli animali;
2. controllo sugli impianti per la raccolta, il trattamento e l'eliminazione dei sottoprodotti di origine animale e sulle strutture sanitarie;
3. controllo delle condizioni igieniche degli allevamenti e degli animali produttori di alimenti destinati all'uomo;
4. gestione delle anagrafi degli stabilimenti nel settore dei mangimi, dei sottoprodotti di origine animale e delle strutture della riproduzione;
5. controllo sulla filiera del latte e sulla sperimentazione animale;

5 bis. registrazione e riconoscimento degli stabilimenti operanti nel settore dell'alimentazione animale secondo quanto disposto dal regolamento (CE) n. 1831/2003 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2003, che stabilisce requisiti per l'igiene dei mangimi;(370)

5 ter. rilascio delle autorizzazioni sanitarie per l'esercizio dell'attività di allevamento o di fornitura di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26 (Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici) e relativa attività di controllo;(370)

5 quater. rilascio delle autorizzazioni sanitarie previste dagli articoli 66, comma 1, e 70, comma 3, del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193 (Attuazione della direttiva 2004/28/CE recante codice comunitario dei medicinali veterinari);(370)

5 quinquies. registrazione e riconoscimento degli stabilimenti e degli impianti operanti nel settore dei sottoprodotti di origine animale e dei prodotti derivati di cui al regolamento (CE) n. 1069/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 ottobre 2009, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale e ai prodotti derivati non destinati al consumo umano e che abroga il regolamento (CE) n. 1774/2002, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano;(370)

5 sexies. rilascio delle autorizzazioni di cui agli articoli 7, 14, 24 e 25 del decreto del Ministro della sanità 19 luglio 2000, n. 403 (Approvazione del nuovo regolamento di esecuzione della legge 15 gennaio 1991, n. 30, concernente la disciplina della riproduzione animale);(370)

5 septies riconoscimento dei centri di raccolta o di magazzinaggio dello sperma di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 27 maggio 2005, n. 132 (Attuazione della direttiva 2003/43/CE relativa agli scambi intracomunitari ed alle importazioni di sperma di animali della specie bovina), nonché delle stazioni o dei centri di raccolta dello sperma di equidi di cui all'articolo 11, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 12 novembre 1996, n. 633 (Attuazione della direttiva 92/65/CEE che stabilisce norme sanitarie per gli scambi e le importazioni nella Comunità di animali, sperma, ovuli ed embrioni non soggetti, per quanto riguarda le condizioni di polizia sanitaria, alle normative comunitarie specifiche di cui all'allegato A, sezione I, della direttiva 90/425/CEE) e dei gruppi di raccolta di embrioni bovini, ai fini degli scambi intracomunitari di cui al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1994, n. 241 (Regolamento recante attuazione della direttiva 89/556/CEE che stabilisce le condizioni di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari e di importazioni da Paesi terzi di embrioni di animali domestici della specie bovina);(370)

5 octies. autorizzazione dei corsi per operatore pratico per la fecondazione artificiale di cui all'articolo 2 della legge 11 marzo 1974, n. 74 (Modificazioni ed integrazioni della L. 25 luglio 1952, n. 1009 e del relativo regolamento sulla fecondazione artificiale degli animali);(370)

5 nonies. nomina della commissione giudicatrice dei partecipanti ai corsi di cui al punto 5 octies.(370)

3 bis. Per lo svolgimento della funzione di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 20 luglio 1989, n. 298 (Regolamento per la determinazione dei criteri per il calcolo del valore di mercato degli animali abbattuti ai sensi della legge 2 giugno 1988, n. 218, recante misure per la lotta contro l'afta epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali) il direttore generale dell'ATS competente per territorio nomina un'apposita commissione costituita da un dirigente, con funzioni di presidente, individuato dallo stesso direttore generale, da un funzionario appartenente alle strutture competenti in materia di agricoltura presso gli uffici territoriali della Regione, da un funzionario veterinario dell'ATS e da due rappresentanti designati dalle organizzazioni professionali agricole locali.

(371)

4. Le ATS in rapporto alle specifiche esigenze territoriali, assicurano, tramite l'unità operativa di igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo, tutela degli animali di affezione e interventi assistiti con animali (pet-therapy), lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a) interventi per la corretta convivenza dell'uomo con gli animali domestici, sinantropici e selvatici in ambito urbano, nel rispetto della normativa statale;(372)
- b) interventi a tutela degli animali di affezione e di prevenzione del randagismo previsti dalla normativa statale e regionale;
- c) iniziative di formazione e informazione da svolgere anche in ambito scolastico;
- d) vigilanza sull'impiego degli animali utilizzati negli interventi assistiti con animali (pet-therapy).

5. Nelle ATS è garantito il governo di prossimità delle competenze professionali specialistiche tipiche del contesto, anche mediante apposite strutture organizzative.

6. I distretti veterinari delle ATS sono strutture dotate, nei limiti delle funzioni a loro assegnate, di autonomia gestionale, tecnica e amministrativa, per il conseguimento degli obiettivi aziendali. I distretti veterinari operano in coordinamento con il dipartimento veterinario dal quale dipendono funzionalmente e gerarchicamente per il raggiungimento e la rendicontazione degli obiettivi. Sono deputati a rilevare la domanda di prestazioni e servizi della specifica utenza e a organizzare ed erogare le prestazioni di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti di origine animale, secondo la vigente normativa. La definizione territoriale dei distretti veterinari, considerata la specificità territoriale dell'utenza, è prevista nella definizione dei POAS da parte dei direttori generali delle ATS, previa valutazione della direzione generale Welfare, con una articolazione che tenga conto del numero di allevamenti presenti sul territorio, del numero di strutture produttive di competenza veterinaria sul territorio, dei fattori di correzione per i territori disagiati come quelli di montagna, nonché per i territori con particolari peculiarità come quelli della Città metropolitana.

7. Al direttore generale della ATS compete la titolarità del potere sanzionatorio relativo alle funzioni esercitate in materia di sanità pubblica veterinaria di cui al presente capo.

Art. 100



(Piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria)(366)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva il piano quinquennale regionale integrato della sanità pubblica veterinaria, che definisce:

- a) le politiche regionali in materia di sanità pubblica veterinaria, tutela degli animali d'affezione e sicurezza alimentare, tenendo conto della specifica realtà territoriale;
- b) le linee di indirizzo e le modalità operative alle quali le ATS si devono attenere per la pianificazione delle attività di competenza, comprese le attività da porre in essere in caso di eventi imprevedibili ed emergenze e quelle necessarie a garantire il livello di conoscenza e di professionalità del personale;
- c) gli indicatori di contesto, di processo, di impatto e di risultato;
- d) le aree di interesse regionale su cui indirizzare la ricerca scientifica con il coinvolgimento delle università e degli altri enti e istituti di ricerca presenti sul territorio regionale;
- e) le misure di supporto alle imprese della filiera agroalimentare, anche per quanto riguarda l'export dei loro prodotti, con la costante e crescente integrazione tra organizzazione sanitaria e territorio, coinvolgendo gli operatori economici, sanitari, associazioni dei consumatori e rappresentanti di categoria;
- f) le modalità di valutazione degli interventi in relazione al raggiungimento degli obiettivi indicati dal piano;
- g) le azioni di coordinamento con il piano regionale integrato della prevenzione e il piano nazionale integrato.

2. La Giunta regionale prevede risorse a destinazione vincolata per le ATS per il finanziamento delle attività previste dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e per il raggiungimento dei relativi obiettivi.

2 bis. Al fine di garantire il mantenimento, il potenziamento e il miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria, le ATS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato attingendo alle risorse di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 (Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004), fino ad assicurare il 100 per cento del turnover dell'area veterinaria. **(373)**



Art. 101(374)



Art. 102(374)



Art. 103(374)

Capo II

Norme relative alla tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo



Art. 104

(Finalità e definizioni)(375)

- 1.** La Regione, anche al fine di favorire la convivenza tra uomo e animale, nonché di tutelarne la salute e il benessere, promuove la prevenzione del randagismo, la protezione e la tutela degli animali d'affezione a cui riconosce la dignità di esseri viventi, nel rispetto delle loro esigenze fisiologiche ed etologiche, condannando ogni tipo di maltrattamento, compreso l'abbandono, nonché la detenzione in isolamento.
- 2.** Ai fini del presente capo, per animale d'affezione si intende ogni animale tenuto o destinato ad essere tenuto dall'uomo per suo diletto e compagnia o che può svolgere attività utili all'uomo.
- 3.** Le disposizioni del presente capo si applicano, inoltre, agli animali appartenenti alle specie considerate d'affezione che vivono in libertà, in contesti urbani ed extraurbani. Restano esclusi gli animali selvatici ed esotici di cui alla legge 19 dicembre 1975, n. 874 (Ratifica ed esecuzione della convenzione sul commercio internazionale delle specie animali e vegetali in via di estinzione, firmata a Washington il 3 marzo 1973).



Art. 105

(Obblighi e divieti)(375)

1. È vietato:

- a) esercitare la pratica dell'accattonaggio esibendo animali di età inferiore a dodici mesi, animali in stato di incuria, di denutrizione, in precarie condizioni di salute, comunque sofferenti o in condizioni tali da suscitare pietà;
- b) detenere gli animali in siti di dimensioni inferiori a quelle stabilite dalla normativa regionale per i ricoveri degli animali d'affezione;
- c) privare gli animali della quotidiana attività motoria adeguata alla loro indole;
- d) usare animali come premio o regalo per giochi, feste e sagre, lotterie, sottoscrizioni o altre attività;
- e) vendere o cedere, a qualsiasi titolo, cani e gatti destinati al commercio non identificati e non registrati in anagrafe, nonché cani e gatti di età inferiore a sessanta giorni ed esporre nelle vetrine degli esercizi commerciali o all'esterno degli stessi tutti gli animali d'affezione; **(376)**

- f) vendere animali a minorenni.
- 2.** Gli animali d'affezione devono essere tenuti in condizioni tali da non costituire pericolo per la salute umana.
- 3.** Il proprietario, il possessore o il detentore, anche temporaneo di un cane o di un gatto, compreso chi ne fa commercio, è tenuto a iscriverlo all'anagrafe regionale degli animali d'affezione, entro quindici giorni dall'inizio del possesso o entro trenta giorni dalla nascita e comunque prima della sua cessione a qualunque titolo. L'identificazione in modo unico e permanente del cane o del gatto con metodologia indolore, secondo le tecniche più avanzate, è contestuale all'iscrizione nell'anagrafe regionale degli animali d'affezione ed è eseguita dai veterinari accreditati dall'ATS o dai veterinari delle ATS. **(377)**
- 4.** Il proprietario, il possessore o il detentore di un cane o di un gatto è tenuto a denunciare all'anagrafe degli animali d'affezione entro quindici giorni qualsiasi cambiamento anagrafico, quali cessione, decesso o cambio di residenza ed entro sette giorni la scomparsa per furto o per smarrimento. **(378)**
- 5.** I medici veterinari, nell'esercizio dell'attività professionale, hanno l'obbligo di accertare la presenza del microchip, o del tatuaggio leggibile, sui cani o sui gatti. Nel caso in cui l'identificazione dovesse risultare illeggibile, il proprietario, il possessore o il detentore è tenuto a provvedere nuovamente all'identificazione degli animali. **(379)**
- 6.** I proprietari, i possessori e i detentori a qualsiasi titolo di animali d'affezione sono tenuti ad assicurare a essi condizioni di vita adeguate sotto il profilo dell'alimentazione, dell'igiene, della salute, del benessere, della sanità dei luoghi di ricovero e contenimento e degli spazi di movimento, secondo le caratteristiche di specie e di razza, nel rispetto delle loro esigenze fisiologiche ed etologiche.
- 7.** I gatti che vivono in stato di libertà sono protetti ed è vietato maltrattarli o allontanarli dal loro habitat. Se il comune, d'intesa con l'ATS competente, accerta che l'allontanamento si rende inevitabile per la loro tutela o per gravi motivazioni sanitarie, individua altra idonea collocazione, nel rispetto delle norme igieniche. S'intende per habitat di colonia felina qualsiasi territorio o porzione di territorio nel quale viva stabilmente una colonia felina indipendentemente dal fatto che sia o meno accudita.



Art. 106

(Rifugi per animali)(375)

- 1.** I comuni, singoli o associati, e le comunità montane ospitano nei canili e gattili rifugio:
- a) i cani raccolti o rinvenuti vaganti, successivamente agli interventi sanitari previsti nei canili sanitari ed effettuati dai dipartimenti di prevenzione veterinari delle ATS;
 - b) i cani e i gatti affidati a qualunque titolo dalla forza pubblica;
 - c) i cani e i gatti ceduti definitivamente dal proprietario e accettati dal comune, con la possibilità di porre a carico del cedente le spese di mantenimento;
 - d) altri animali d'affezione, compatibilmente con la recettività e le caratteristiche tecniche della struttura.
- 2.** I gestori dei rifugi devono adottare opportune misure al fine del controllo delle nascite.
- 3.** I cani e i gatti ricoverati presso i rifugi possono essere sterilizzati per finalità di interesse pubblico dai medici veterinari delle ATS o da medici veterinari liberi professionisti, incaricati dall'ATS o dai comuni. **(380)**
- 4.** I rifugi garantiscono l'assistenza veterinaria e gli interventi di pronto soccorso e di alta specializzazione necessari, anche mediante convenzioni con strutture pubbliche o private.
- 5.** I rifugi sono aperti al pubblico almeno quattro giorni alla settimana, compresi il sabato e la domenica, per un minimo di quattro ore al giorno, per favorire la ricollocazione degli animali presso nuovi proprietari. Gli orari e i giorni di apertura sono esposti all'ingresso delle strutture. Gli operatori degli enti di protezione degli animali possono accedere alle strutture anche in orari diversi da quelli di apertura al pubblico purché concordati con i responsabili delle strutture

stesse.

6. I rifugi sanitari e i rifugi per il ricovero possono avvalersi della collaborazione volontaria e gratuita di privati cittadini per lo svolgimento dell'attività della struttura.

7. (381)



Art. 106 bis

(Cessione e affido)(382)

1. I cani e i gatti ricoverati presso le strutture di cui all'articolo 106, d'età non inferiore ai sessanta giorni, nonché gli altri animali di affezione, possono essere ceduti gratuitamente ai privati maggiorenni che diano garanzie di adeguato trattamento o alle associazioni di cui all'articolo 111.
2. È fatto divieto di cessione o affido di cani o gatti ricoverati presso le strutture di cui all'articolo 106 a coloro che hanno riportato condanne per maltrattamenti ad animali.
3. La cessione gratuita dei cani ricoverati presso le strutture di cui all'articolo 106 può avvenire trascorsi sessanta giorni dal momento del ritrovamento, fatti salvi i diversi termini previsti dal codice civile in caso di smarrimento. In alternativa il cane può essere concesso in affido temporaneo sino al sessantesimo giorno dal ritrovamento.
4. È consentito l'affido temporaneo gratuito dei cani prima del termine di cui al comma 3, secondo le modalità previste nel regolamento attuativo della presente legge.
5. Qualora, nei sei mesi successivi all'adozione, l'animale manifesti disturbi comportamentali, incompatibilità con altri animali o problematiche particolari al nuovo nucleo familiare, il rifugio affidatario riconosce all'adottante il diritto di restituzione dell'animale.
6. I gestori dei rifugi convenzionati devono permettere la presenza nella struttura di volontari delle associazioni animaliste e zoofile di cui all'articolo 111 preposti alla gestione delle adozioni e degli affidamenti dei cani e dei gatti.
7. L'iter dell'adozione si conclude con la valutazione post affido effettuata dalle associazioni animaliste e zoofile di cui all'articolo 111 anche presso il domicilio dell'adottante, che dovrà sottoscrivere apposito consenso. Qualora le condizioni di detenzione dell'animale non fossero conformi alla normativa vigente o a quanto dichiarato al momento dell'affido è prevista la restituzione immediata ed incondizionata dell'animale al rifugio, su semplice richiesta.



Art. 107

(Funzioni e competenze della Regione, della ATS e del sindaco quale autorità sanitaria locale in materia veterinaria)(375)

1. La Giunta regionale istituisce l'anagrafe degli animali d'affezione e approva, con la collaborazione tecnica della Consulta regionale di cui all'articolo 110, acquisito il parere della commissione consiliare competente, il piano regionale triennale degli interventi in materia di:
 - a) educazione sanitaria e zoofila;
 - b) controllo demografico della popolazione animale;
 - c) prevenzione del randagismo.
2. Il piano di cui al comma 1 include gli interventi educativi di responsabilizzazione dei proprietari.
3. Sulla base dei dati provenienti dall'anagrafe degli animali da affezione, dal censimento delle colonie feline e dalle strutture di ricovero autorizzate, il piano prevede:
 - a) i criteri per l'analisi del fenomeno dell'abbandono dei cani e della formazione di colonie urbane di gatti liberi;

- b) le modalità di utilizzazione della quota assegnata dallo Stato ai sensi dell'articolo 3 della legge 14 agosto 1991, n. 281 (Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo);
- c) i criteri per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e per la verifica, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, le scuole, gli enti locali e i privati, del raggiungimento degli obiettivi;
- d) i criteri per l'organizzazione dei corsi d'aggiornamento o di formazione professionale di cui all'articolo 3, comma 4, lettera b), della legge n. 281/1991.

4. (383)

- 5.** Gli interventi previsti dal piano sono attuati anche tramite specifiche convenzioni fra la Regione, le ATS, i comuni, le associazioni di cui all'articolo 111, gli enti e gli istituti di ricerca.
- 6.** La ATS, tramite idonea articolazione, garantisce le funzioni e le attività sanitarie sul proprio territorio, in particolare:
- a) la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione;
 - b) l'organizzazione dell'attività di accalappiamento dei cani vaganti, nonché di raccolta dei gatti che vivono in libertà ai fini della loro sterilizzazione e di ricovero sanitario;
 - c) il censimento delle zone in cui esistono colonie feline;
 - d) gli interventi di controllo demografico della popolazione canina e felina;
 - e) l'attività di vigilanza, di prevenzione e di accertamento;
 - f) gli interventi di pronto soccorso finalizzati alla stabilizzazione di cani vaganti o di gatti che vivono in libertà, ritrovati feriti o gravemente malati e il ricovero sanitario per l'esecuzione degli interventi di profilassi, diagnosi e terapia sui cani vaganti e sui gatti che vivono in libertà.
- 7.** Al direttore generale della ATS competono:
- a) la titolarità dei poteri sanzionatori;
 - b) l'approvazione, su proposta del dipartimento veterinario, dei progetti attuativi degli interventi affidati dal piano regionale alla ATS.
- 8.** Le strutture destinate al ricovero degli animali d'affezione, per finalità sanitarie, di tutela, di allevamento, commerciali, amatoriali, sono registrate nell'anagrafe degli animali d'affezione, da parte della ATS territorialmente competente; a tal fine, fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) al comune che, anche con il preventivo coinvolgimento della ATS, verifica la sussistenza dei requisiti richiesti.
- 9.** Restano ferme le competenze del sindaco, quale autorità sanitaria locale, per l'adozione di provvedimenti di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria e di polizia veterinaria di cui all'articolo 50, comma 5, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).
- 10.** Gli atti e provvedimenti del sindaco, quando non sono adottati su proposta del dipartimento di prevenzione veterinario, sono adottati sentito il dipartimento stesso.
- 11.** Il sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, può disporre, in caso di maltrattamenti, anche ai fini della tutela igienico-sanitaria, che gli animali d'affezione siano posti in osservazione per l'accertamento delle loro condizioni fisiche.
- 12.** Ai comuni, singoli o associati, e alle comunità montane competono:
- a) la predisposizione delle strutture di ricovero destinate alla funzione di canile sanitario e di canile rifugio, acquisendone la disponibilità nelle forme ritenute più opportune; le strutture destinate alla funzione di canile sanitario sono messe a disposizione delle ATS competenti in comodato d'uso;
 - b) il servizio di ricovero di animali d'affezione catturati o raccolti;
 - c) l'attività di vigilanza, di prevenzione e accertamento delle infrazioni previste dal presente capo, effettuata dal corpo di polizia locale;
 - d) la realizzazione di campagne informative sugli obiettivi del presente capo e sulle modalità di attuazione, anche avvalendosi degli uffici tutela animali, ove istituiti, e della collaborazione delle associazioni di cui all'articolo 111 e dei medici veterinari;

- e) la predisposizione di sportelli per l'anagrafe degli animali d'affezione;
- f) la collaborazione con le ATS per la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione;
- g) la stipula di convenzioni o accordi di collaborazione, di intesa con le ATS, con i privati e le associazioni per la gestione delle colonie feline.

13. Per l'esercizio delle attività di cui al comma 12, lettera c), i comuni possono avvalersi, mediante convenzioni, della collaborazione delle guardie volontarie delle associazioni di cui all'articolo 111 alle quali sia riconosciuta la qualifica di guardia giurata ai sensi del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza).



Art. 108

(Cani smarriti e rinvenuti)(375)

- 1.** La scomparsa di un cane deve essere denunciata dal proprietario, possessore o detentore entro sette giorni al dipartimento di prevenzione veterinario o alla polizia locale territorialmente competenti. L'organo che riceve la denuncia di scomparsa deve registrarla nell'anagrafe canina.
- 2.** Chiunque ritrovi un cane vagante è tenuto a darne pronta comunicazione al dipartimento di prevenzione veterinario di una ATS, anche diversa da quella in cui è avvenuto il ritrovamento o alla polizia locale del comune in cui è avvenuto il ritrovamento stesso, consegnandolo al più presto al canile sanitario o fornendo le indicazioni necessarie al suo ritiro. L'organo che riceve la segnalazione del ritrovamento deve comunicarla prontamente ai fini della registrazione nell'anagrafe canina.
- 3.** La notifica del ritrovamento del cane al proprietario, possessore o detentore comporta l'obbligo del ritiro entro cinque giorni e del pagamento dei costi sostenuti per la cattura, le eventuali cure e il mantenimento. La Giunta regionale definisce i criteri, le modalità per la determinazione dei costi e i provvedimenti da assumere a carico degli inadempienti all'obbligo di ritiro.
- 4.** Gli interventi sanitari, con particolare riguardo al controllo medico-veterinario, all'identificazione e agli interventi di pronto soccorso prestati ai cani di cui al presente articolo, sono effettuati dal dipartimento di prevenzione veterinario intervenuto e sono posti a carico della ATS competente per territorio.
- 5.** Gli animali ricoverati nelle strutture sanitarie, nei rifugi e in quelle destinate al ricovero, al pensionamento e al commercio di animali d'affezione non possono essere destinati ad alcun tipo di sperimentazione.
- 6.** I metodi di accalappiamento devono essere tali da evitare ai cani inutili sofferenze.



Art. 109

(Eutanasia)(375)

- 1.** I cani, i gatti e gli altri animali di affezione ricoverati nelle strutture sanitarie e rifugi e i gatti che vivono in libertà possono essere soppressi solo se gravemente malati e incurabili, se affetti da gravi sofferenze o in caso di loro comprovata pericolosità.
- 2.** La soppressione è effettuata ad opera di medici veterinari, con metodi eutanasici che non arrechino sofferenza all'animale, preceduti da idoneo trattamento anestetico.
- 3.** Ciascuna struttura tiene un registro degli animali soppressi in cui sono specificati la diagnosi e il motivo della soppressione.

**Art. 110****(Consulta regionale)(375)**

1. E' costituita, con deliberazione della Giunta regionale, senza oneri a carico del bilancio regionale, la Consulta regionale per la tutela degli animali d'affezione e per la prevenzione del randagismo composta da:
 - a) un dirigente della struttura regionale competente;
 - b) un medico veterinario di una ATS;
 - c) tre rappresentanti dei comuni designati dall'associazione regionale dei comuni lombardi (ANCI Lombardia);
 - d) tre esperti designati dalle associazioni di cui all'articolo 111;
 - e) un docente della facoltà di medicina veterinaria dell'Università degli studi di Milano;
 - f) due medici veterinari designati dalle associazioni di categoria dei medici veterinari;
 - g) un medico veterinario designato dalla federazione regionale degli ordini provinciali dei medici veterinari;
 - h) un rappresentante dell'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia.
2. La Consulta esprime parere sul piano regionale triennale degli interventi di cui all'articolo 107 e collabora con i servizi veterinari nell'ambito degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo.

**Art. 111****(Volontariato)(375)**

1. Le associazioni di volontariato iscritte nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui alla legge regionale 14 febbraio 2008, n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso) o riconosciute a livello nazionale e il cui statuto indichi come finalità la protezione degli animali e dell'ambiente possono collaborare all'effettuazione degli interventi di educazione sanitaria e di controllo demografico della popolazione canina e dei gatti che vivono in libertà, previo accordo con la ATS o con i comuni.

**Art. 112****(Sanzioni)(375)**

1. Fatte salve le ipotesi di responsabilità penale, si applicano le seguenti sanzioni:
 - a) da euro 150 a euro 900 per inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 105, comma 1, lettere a), b), c), d) e f), e commi 2, 6 e 7;**(384)**
 - b) da € 25 a € 150 per l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 105, commi 3, primo periodo, e 4;
 - c) da € 50 a € 300 per l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 109;
 - d) da € 500 a € 3.000 per l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 105, comma 1, lettera e), comma 3, secondo periodo, e per lo svolgimento di attività in strutture destinate al ricovero degli animali d'affezione senza aver presentato la SCIA di cui all'articolo 107, comma 8.
2. Ferme restando le sanzioni previste dal comma 1, si applica la sanzione da € 150 a € 900 per l'inosservanza delle disposizioni contenute nel regolamento di cui all'articolo 114.
3. Le somme riscosse sono introitate dalle ATS anche attraverso i comuni e sono destinate alla realizzazione degli interventi conseguenti all'attuazione del presente capo.

Art. 113

(Interventi assistiti con animali)(375)

1. La Regione riconosce il ruolo degli animali come mediatori nei processi educativi e terapeutico-riabilitativi e promuove gli interventi assistiti con gli animali, improntati a rigorosi criteri scientifici e volti a tutelare sia il paziente sia gli animali coinvolti.

**Art. 114**
(Regolamento)(375)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale recante 'Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 'Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità', sentita la Consulta regionale di cui all'articolo 110 e previo parere della competente commissione consiliare, definisce con regolamento:

- a) i criteri per il funzionamento e la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione, comprendendo l'anagrafe canina e felina regionale;
- b) le tipologie, i requisiti strutturali e di funzionamento delle strutture di ricovero degli animali d'affezione, nonché i criteri per il risanamento dei canili comunali esistenti;
- c) le modalità di gestione delle colonie feline e dei gatti che vivono in libertà;
- d) i criteri per l'accesso di animali d'affezione alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate;
- e) i criteri per la cessione e l'affido degli animali d'affezione;
- f) i criteri per rendere riconoscibili i cani di assistenza alle persone con disabilità in modo da facilitare il loro accesso, ovunque, insieme al proprietario;
- g) i criteri per la corretta gestione, detenzione e addestramento degli animali;
- h) i requisiti per la detenzione degli animali d'affezione, compreso il divieto di utilizzo della catena o di qualunque altro strumento di  enzione simile, salvo che per ragioni sanitarie documentabili e certificate dal veterinario o per temporanee ragioni di sicurezza ovvero, previo parere favorevole delle autorità competenti, per ragioni cinotecniche.(385)

**Art. 115(386)****Art. 116(386)****Art. 117(386)****Art. 118(386)****Art. 119(386)****Art. 120(386)**

Art. 121(386)
Art. 122(386)
Art. 123(386)**Titolo IX(365)***Disposizioni transitorie e finali*
Art. 124(387)**Art. 125*****(Abolizione di autorizzazioni sanitarie e di adempimenti in materia di sanità pubblica e veterinaria)***

1. Sono aboliti gli adempimenti e le autorizzazioni di cui all'allegato B.
2. In conformità ai regolamenti comunitari in materia di sicurezza alimentare, regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, regolamento (CE) 853/2004, regolamento (CE)n. 854/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano, regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, gli operatori del settore notificano alle ASL, ai fini della registrazione, ogni stabilimento che esegua una qualsiasi delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di alimenti, oppure, nel caso in cui sussista l'obbligo del riconoscimento, presentano alle ASL la relativa istanza.
3. Gli spostamenti in ambito regionale degli animali per ragioni di pascolo vagante, alpeggio e transumanza sono soggetti all'obbligo di comunicazione preventiva al dipartimento di prevenzione veterinario dell'ASL di partenza che provvede a informare l'ASL di destinazione ed eventualmente le ASL interessate dal tragitto.

Art. 126***(Formazione, aggiornamento e addestramento degli addetti al settore alimentare)***

1. Gli operatori del settore alimentare provvedono alla formazione, addestramento e aggiornamento del proprio personale addetto ad una o più fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti alimentari, secondo quanto stabilito dal regolamento (CE) 852/2004.
2. I dipartimenti di prevenzione delle ASL, nell'ambito delle proprie competenze in materia di vigilanza e controllo, verificano, anche sulla base di direttive regionali, l'adeguatezza delle procedure formative, con particolare riferimento ai comportamenti operativi degli addetti al settore.

Art. 127**(Ordinanze contingibili e urgenti)**

1. Il Presidente della Giunta regionale emana le ordinanze di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria interessanti il territorio di più comuni.

Art. 128**(Tariffe per le prestazioni a favore di terzi)**

1. Le tariffe per gli accertamenti e le indagini in materia di igiene e sanità pubblica, di tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, nonché di sanità pubblica veterinaria, inclusi i compensi per le prestazioni effettuate nell'interesse dei privati, sono determinate sulla base di direttive della Giunta regionale.

1 bis. Al fine di garantire la copertura del costo effettivo dei servizi di controllo sugli impianti di macellazione, le ATS utilizzano gli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'Allegato A, sezioni da 1 a 6, del d.lgs. 194/2008 nel caso in cui le maggiorazioni di cui all'articolo 3, comma 3, del medesimo decreto legislativo non siano sufficienti a coprire integralmente tale costo.**(388)**

Art. 129**(Istituzione dei registri regionali di patologia e di mortalità)**

1. Nel rispetto delle disposizioni del d.lgs. 196/2003, sono istituiti i seguenti registri di patologia:

- a) registro tumori;
- b) registro malattie rare;
- c) registro dialisi e trapianto;
- d) registro stroke;
- e) registro infarto miocardico acuto;
- f) registro mortalità - raccolta dati a fini statistici;
- g) registro dei referti di anatomia patologica;
- h) registro delle malattie neurologiche degenerative;
- i) registro asbestosi e mesoteliomi asbesto-correlati;
- j) registro effetti indesiderati dovuti all'uso dei cosmetici;
- k) registro referti oncologici e oncoematologici;
- l) registro epinetwork;
- m) registro rete udito;
- n) registro sindrome della morte improvvisa infantile;
- n bis) registro malattie ematologiche.**(389)**

2. I registri di cui al comma 1 raccolgono i dati anagrafici e sanitari riferiti allo stato di salute attuale e pregresso delle persone affette dalle relative malattie e dei loro familiari, per finalità di studio e di ricerca.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 20 e dell'articolo 154, comma 1, lettera g), del d.lgs. 196/2003, sono individuati i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1 e i soggetti che possono avere accesso ai registri.

Art. 130

(Tessere di riconoscimento)

1. Spetta alle ASL il rilascio delle tessere di riconoscimento per gli operatori investiti dei compiti di polizia giudiziaria ai sensi dell'articolo 57 del codice di procedura penale.

Art. 131**(Oneri alberghieri a carico degli assistiti)**

1. Gli assistiti che chiedono di essere ricoverati, usufruendo di particolari condizioni alberghiere presso le strutture regionali di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto che prevedono tale possibilità, sono tenuti al pagamento in proprio esclusivamente dei maggiori oneri derivanti dalla superiore prestazione alberghiera.
2. Le strutture regionali di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto determinano annualmente l'importo giornaliero da addebitare ai sensi del comma 1.

**Art. 131 bis****(Clausola valutativa)(390)**

1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche sociosanitarie disciplinate dalla presente legge.
2. La Giunta regionale informa il Consiglio dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi e, a tal fine, trasmette al Consiglio una relazione biennale che documenta quanto realizzato nei principali ambiti di azione disciplinati dalla normativa regionale. La relazione descrive:
 - a) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;
 - b) le attività e gli interventi implementati secondo i documenti programmatici vigenti, specificando risorse impiegate, soggetti coinvolti nell'attuazione, beneficiari raggiunti;
 - c) i risultati raggiunti e le criticità emerse nell'attuazione delle azioni e degli interventi ai punti precedenti, le ragioni di eventuali scostamenti dagli obiettivi programmati, le soluzioni messe in atto per farvi fronte
 - d) gli specifici temi e le questioni segnalate dal Comitato paritetico di controllo e valutazione e dalle competenti Commissioni consiliari.
3. La relazione di cui al comma 2 riferisce anche in merito ai risultati conseguiti a seguito dell'attività di raccordo di cui all'articolo 56 e in merito alle informazioni richieste all'articolo 73.
4. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, possono destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui ai commi 1 e 2.
5. La Giunta regionale e tutti i soggetti coinvolti rendono accessibili i dati e le informazioni elaborate per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale esamina la relazione secondo quanto previsto dal Regolamento generale e la rende pubblica unitamente agli eventuali documenti che ne concludono l'esame.

Art. 132**(Norma finanziaria)**

1. Alle spese di parte corrente derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse stanziare alle UPB 5.2.1.2.87 'Governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali'; 7.4.0.2.200 'Quota interessi per ammortamento mutui, prestiti obbligazionari, anticipazioni di cassa ed altri oneri finanziari'; 5.1.6.2.244 'Sicurezza alimentare';

5.1.0.2.256 'Mantenimento dei livelli essenziali di assistenza'; 5.1.2.2.257 'Qualità dei servizi, semplificazione dell'accesso, potenziamento della libertà di scelta e accesso alle cure'; 5.1.5.2.258 'Ricerca, innovazione e risorse umane' dello stato di previsione delle spese del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2009 e successivi.

2. Alle spese per investimenti derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse stanziato all'UPB 5.1.4.3.261 'Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari' dello stato di previsione delle spese del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2009 e successivi.

3. Alle stesse spese derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede altresì con le risorse provenienti dalle assegnazioni della UE, dello Stato e di altri soggetti pubblici e privati, previste nel bilancio regionale.

Titolo X

Abrogazioni e disposizioni che restano in vigore

Art. 133

(Abrogazioni)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge non o restano abrogate le seguenti leggi regionali:

- a) la legge regionale 2 maggio 1974, n. 23 (Costituzione del servizio regionale di immunologia tissutale e regolamentazione dell'esercizio della dialisi domiciliare); **(391)**
- b) la legge regionale 15 gennaio 1975, n. 5 (Disciplina dell'assistenza ospedaliera), ad eccezione dell'articolo 13; **(392)**
- c) la legge regionale 12 giugno 1975, n. 88 (Regolamentazione delle attività di trattamento profilattico e sintomatico domiciliare dell'emofilo); **(393)**
- d) la legge regionale 20 giugno 1975, n. 97 (Assistenza ospedaliera in relazione all'impiego di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche); **(394)**
- e) la legge regionale 28 febbraio 1976, n. 7 (Abrogazione del terzo comma dell'art. 3 e integrazione del primo comma dell'art. 5 della legge regionale 20 giugno 1975, n. 97 "Assistenza ospedaliera in relazione all'impiego di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche"); **(395)**
- f) la legge regionale 27 gennaio 1979, n. 20 (Erezione in ente ospedaliero dell'"Ospedale Dozzio" di Belgioioso ed incorporazione dello stesso nell'ente ospedaliero ospedale S. Matteo di Pavia); **(396)**
- g) la legge regionale 31 dicembre 1980, n. 106 (Norme sulla costituzione e il riparto del fondo sanitario regionale, sul bilancio, la contabilità e l'amministrazione del patrimonio in materia di servizi di competenza delle unità socio-sanitarie locali (U.S.S.L.)); **(397)**
- h) la legge regionale 26 ottobre 1981, n. 64 (Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di igiene e prevenzione); **(398)**
- i) la legge regionale 26 ottobre 1981, n. 65 (Modifiche alla legge regionale n. 64 concernente: "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di igiene e prevenzione"); **(399)**
- j) la legge regionale 25 maggio 1983, n. 46 (Norme per l'esercizio delle funzioni in materia farmaceutica e di vigilanza sulle farmacie); **(400)**
- k) la legge regionale 14 settembre 1983, n. 75 (Modifiche all'art. 84 della L.R. 31 dicembre 1980, n. 106 "Norme sulla costituzione e il riparto del fondo sanitario regionale, sul bilancio, la contabilità e l'amministrazione del patrimonio in materia di servizi di competenza delle unità socio sanitarie locali"); **(401)**
- l) la legge regionale 6 febbraio 1984, n. 8 (Disposizioni in materia di personale del servizio sanitario regionale: norme di attuazione dell'art. 61 della L.R. 26 ottobre 1981, n. 64, modificata dalla L.r. 26 ottobre 1981, n. 65); **(402)**
- m) la legge regionale 30 novembre 1984, n. 61 (Modifiche ed integrazioni alle Leggi Regionali 26 ottobre 1981 n. 64 e n. 65 concernenti "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di Igiene e Sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di Igiene e Prevenzione"); **(403)**

- n) la legge regionale 31 dicembre 1984, n. 67 (Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici);**(404)**
- o) la legge regionale 14 dicembre 1987, n. 66 (Aggiornamento dei contributi previsti dall'art. 8 della l.r. 2 maggio 1974, n. 23 concernente "Costituzione del servizio regionale di immunologia tissutale e regolamentazione dell'esercizio della dialisi domiciliare");**(405)**
- p) la legge regionale 24 giugno 1988, n. 34 (Norme in materia di sanità pubblica veterinaria: istituzione, organizzazione e funzionamento dei servizi di medicina veterinaria);**(406)**
- q) la legge regionale 16 settembre 1988, n. 47 (Organizzazione e funzionamento del dipartimento di salute mentale);**(407)**
- r) la legge regionale 16 maggio 1989, n. 15 (Norme per facilitare l'accesso ai servizi sanitari);**(408)**
- s) la legge regionale 8 luglio 1989, n. 27 (Modifiche ed integrazioni agli artt. 16 e 25 della legge regionale 15 gennaio 1975, n. 5 "Disciplina dell'assistenza ospedaliera");**(409)**
- t) la legge regionale 15 settembre 1989, n. 47 (Promozione delle attività di prelievo e di trapianto renale e rimborso delle spese per i trapianti renali in Italia e all'estero);**(410)**
- u) la legge regionale 8 maggio 1990, n. 34 (Inquadramento nel ruolo organico della Giunta Regionale degli assegnisti operanti presso l'Istituto Mario Negri di Milano ai sensi dell'art. 25 della legge 1 giugno 1977, n. 285), ad eccezione del comma 4 dell'articolo 1;**(411)**
- v) la legge regionale 12 maggio 1990, n. 57 (Costituzione delle unità spinali);**(412)**
- w) la legge regionale 9 marzo 1992, n. 8 (Prevenzione e cura del diabete mellito);**(413)**
- x) la legge regionale 10 dicembre 1992, n. 47 (Finanziamento della l.r. 12 maggio 1990, n. 57 "Costituzione delle unità spinali");**(414)**
- y) la legge regionale 10 dicembre 1992, n. 48 (Anticipazioni regionali sulle assegnazioni statali del fondo sanitario);**(415)**
- z) la legge regionale 5 novembre 1993, n. 36 (Provvedimenti in materia di assistenza in regime di ricovero in forma indiretta presso case di cura private non convenzionate e per specialità non convenzionate con il servizio sanitario nazionale, nonché in materia di rimborsi per le spese di trasporto ai soggetti sottoposti a trattamenti di dialisi);**(416)**
- aa) la legge regionale 2 aprile 1994, n. 8 (Finanziamento e razionalizzazione delle attività di prelievo e trapianto d'organi e dei reparti di rianimazione);**(417)**
- bb) la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali);**(418)**
- cc) la legge regionale 10 agosto 1998, n. 15 (Istituzione della A.S.L. di Vallecamonica Sebino. Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 11 luglio 1997 n. 31 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali");**(419)**
- dd) la legge regionale 3 aprile 2000, n. 21 (Riordino della normativa sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie della Regione Lombardia e trasferimento alle aziende sanitarie locali delle competenze amministrative in materia di commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano);**(420)**
- ee) la legge regionale 30 ottobre 2001, n. 17 (Soppressione del Centro regionale emoderivati della Regione Lombardia, istituito dall'art. 1 della l.r. 18 maggio 1990, n. 61 "Secondo piano regionale sangue e plasma per gli anni 1990/92" e interventi diretti al miglior funzionamento delle Aziende Sanitarie Lombarde. Modifiche alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali");**(421)**
- ff) la legge regionale 27 novembre 2001, n. 23 (Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico);**(422)**
- gg) la legge regionale 20 dicembre 2001, n. 28 (Interventi diretti al miglior funzionamento delle Aziende Sanitarie Lombarde. Modifiche alla l.r. 31 luglio 1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali");**(423)**
- hh) la legge regionale 4 agosto 2003, n. 12 (Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica);**(424)**
- ii) la legge regionale 18 novembre 2003, n. 22 (Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali);**(425)**

- jj) la legge regionale 16 febbraio 2004, n. 2 (Modifiche a leggi regionali in materia di sanità);**(426)**
- kk) la legge regionale 14 luglio 2006, n. 14 (Interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria in attuazione dell'articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2006");**(427)**
- ll) la legge regionale 20 luglio 2006, n. 16 (Lotta al randagismo e tutela degli animali di affezione);**(428)**
- mm) la legge regionale 2 aprile 2007, n. 8 (Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato);**(429)**
- nn) la legge regionale 12 dicembre 2007 n. 32 (Istituzione dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza, modifiche e integrazioni alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali');**(430)**
- oo) la legge regionale 26 dicembre 2007, n. 34 (Politiche regionali di sviluppo dei soggetti non profit operanti in ambito sanitario);**(431)**
- pp) la legge regionale 31 marzo 2008, n. 7 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 3 aprile 2000, n. 21 'Riordino della normativa sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie della Regione Lombardia e delega alle aziende sanitarie locali delle competenze amministrative in materia di commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano');**(432)**
- qq) la legge regionale 1 aprile 2008, n. 11 (Nuovi ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali lombarde conseguenti alla istituzione della Provincia di Monza e Brianza. Modifiche e integrazioni della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali');**(433)**
- rr) la legge regionale 6 agosto 2009, n. 15 (Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca);**(434)**
- ss) la legge regionale 6 agosto 2009, n. 16 (Integrazione all'articolo 3 della legge regionale 3 aprile 2000, n. 21 "Riordino della normativa sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie della Regione Lombardia e trasferimento alle aziende sanitarie locali delle competenze amministrative in materia di commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano");**(435)**
- tt) la legge regionale 6 agosto 2009, n. 18 (Modifiche alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali' e alla legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 'Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato'), ad eccezione del comma 2 dell'articolo 1.**(436)**

2. Sono o restano altresì abrogate le seguenti disposizioni:

- a) gli articoli 7, 8, 11, da 13 a 15 bis e gli allegati A e B della legge regionale 30 novembre 1981, n. 66 (Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive);**(437)**
- b) il comma 31 dell'articolo 4 della legge regionale 27 gennaio 1998, n. 1 (Legge di programmazione economico-finanziaria ai sensi dell'art. 9 ter della l.r. 31 marzo 1978, n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione" e successive modificazioni e integrazioni);**(438)**
- c) il comma 1 dell'articolo 5 della legge regionale 22 gennaio 1999, n. 2 (Misure per la programmazione regionale, la razionalizzazione della spesa e a favore dello sviluppo regionale e interventi istituzionali e programmatici con rilievo finanziario);**(439)**
- d) i commi 2, 3, 4 e 10 dell'articolo 4 della legge regionale 12 agosto 1999, n. 15 (Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo);**(440)**
- e) i commi da 2 a 4 octies, 18, 54, 56, da 58 bis a 58 quinquies, 58 septies, 74 e 76 dell'articolo 4 della legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1 (Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59");**(441)**
- f) il comma 32 dell'articolo 2 e il comma 1 dell'articolo 3 della legge regionale 14 gennaio 2000, n. 2 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative inerenti l'assetto istituzionale, gli strumenti finanziari e le procedure organizzative della Regione);**(442)**
- g) l'articolo 3 e il comma 3 dell'articolo 4 della legge regionale 21 febbraio 2000, n. 9 (Modifiche ed integrazioni alla l.r. 30 novembre 1981, n. 66 'Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive');**(443)**

- h) il comma 39 delle lettere g) ed h) del comma 40 dell'articolo 1 della legge regionale 27 marzo 2000, n. 18 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto degli interventi connessi alla manovra di finanza regionale); **(444)**
- i) la lettera j) del comma 1 dell'articolo 1 e i commi 1 e 5 dell'articolo 4 della legge regionale 2 febbraio 2001, n. 3 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative regionali in materia di assetto istituzionale, sviluppo economico, territorio e ambiente e infrastrutture e servizi alla persona, finalizzate all'attuazione del DPEFR ai sensi dell'art. 9-ter della l.r. 34/1978); **(445)**
- j) la lettera u) del comma 1 dell'articolo 1 e i commi 2 e 5 dell'articolo 4 della legge regionale 3 aprile 2001, n. 6 (Modifiche alla legislazione per l'attuazione degli indirizzi contenuti nel documento di programmazione economico-finanziaria regionale - Collegato ordinamentale 2001); **(446)**
- k) l'articolo 4 della legge regionale 17 dicembre 2001, n. 26 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale); **(447)**
- l) le lettere a) e c) del comma 1 e il comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale 6 marzo 2002, n. 4 (Norme per l'attuazione della programmazione regionale e per la modifica e l'integrazione di disposizioni legislative); **(448)**
- m) il comma 3 dell'articolo 10, il comma 10 dell'articolo 11 e la lettera b) del comma 2 dell'articolo 12 della legge regionale 22 luglio 2002, n. 15 (Legge di semplificazione 2001. Semplificazione legislativa mediante abrogazione di leggi regionali. Interventi di semplificazione amministrativa e delegificazione); **(449)**
- n) il comma 9 dell'articolo 7 della legge regionale 11 agosto 2002, n. 17 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2002 ed al bilancio pluriennale 2002/2004 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali); **(450)**
- o) il comma 3 e i commi da 5 a 11 dell'articolo 4 della legge regionale 20 dicembre 2002, n. 32 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione" - Collegato 2003); **(451)**
- p) il comma 3, la lettera b) del comma 4 e i commi da 7 a 10 dell'articolo 4 della legge regionale 24 marzo 2003, n. 3 (Modifiche a leggi regionali in materia di organizzazione, sviluppo economico, territorio e servizi alla persona); **(452)**
- q) l'articolo 1 della legge regionale 4 agosto 2003, n. 11 (Modifiche alle leggi regionali 11 luglio 1997, n. 31 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" e 13 febbraio 2003, n. 1 "Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia"); **(453)**
- r) l'articolo 4 della legge regionale 24 marzo 2004, n. 5 (Modifiche a leggi regionali in materia di organizzazione, sviluppo economico e territorio. Collegato ordinamentale 2004); **(454)**
- s) il comma 5 e il comma 16 dell'articolo 1 della legge regionale 5 maggio 2004, n. 12 (Modifiche a leggi regionali in materia di potestà regolamentare); **(455)**
- t) i commi 1 e 6 dell'articolo 6 della legge regionale 8 febbraio 2005, n. 6 (Interventi normativi per l'attuazione della programmazione regionale e di modifica e integrazione di disposizioni legislative - Collegato ordinamentale 2005); **(456)**
- u) il comma 10 dell'articolo 1 della legge regionale 4 novembre 2005, n. 16 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2005 ed al bilancio pluriennale 2005/2007 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali); **(457)**
- v) l'articolo 3 della legge regionale 24 febbraio 2006, n. 5 (Disposizioni in materia di servizi alla persona e alla comunità); **(458)**
- w) l'articolo 6 della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 "Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione" - Collegato 2007); **(459)**
- x) i commi 1 e 2 dell'articolo 1 della legge regionale 31 luglio 2007, n. 18 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2007 ed al bilancio pluriennale 2007/2009 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali); **(460)**

- y) il comma 3 dell'articolo 9 e l'articolo 27 della legge regionale 12 marzo 2000, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario); **(461)**
- z) il comma 5 dell'articolo 1 dell'articolo 4 della legge regionale 31 marzo 2008, n. 5 (Interventi normativi per l'attuazione della programmazione regionale e di modifica e integrazione di disposizioni legislative - Collegato ordinamentale 2008); **(462)**
- aa) i commi 5 e 7 dell'articolo 1 della legge regionale 18 giugno 2008, n. 17 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2008 ed al bilancio pluriennale 2008/2010 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali); **(463)**
- bb) l'articolo 9 della legge regionale 23 dicembre 2008, n. 33 (Disposizioni per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 'Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione' - Collegato 2009); **(464)**
- cc) gli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 (Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato). **(465)**
- 3.** Sono fatti salvi gli effetti prodotti dalle leggi e dalle disposizioni abrogate dal presente articolo; permangono e restano efficaci gli atti adottati sulla base delle medesime.
- 4.** I riferimenti normativi alle leggi e alle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 s'intendono fatti al presente testo unico.

Art. 134

(Disposizioni che restano in vigore)

- 1.** Restano in vigore, per quanto compatibili con la presente legge, le seguenti disposizioni:
- a) la legge regionale 20 agosto 1981, n. 48 (Anticipazione al programma di investimenti del piano sanitario regionale 1981/1983);
 - b) gli articoli da 1 a 6, 9, 10, 12, 14, 15 bis e 16 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 66 (Norme per la promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva e per la tutela sanitaria delle attività sportive);
 - c) la legge regionale 5 febbraio 1982, n. 9 (Disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relativi agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive e al sordomutismo);
 - d) **(466)**
 - e) la legge regionale 25 marzo 1985, n. 18 (Modifiche alla l.r. 5 febbraio 1982, n. 9 concernente la disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relative agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive e al sordomutismo);
 - f) **(467)**
 - g) la legge regionale 16 maggio 1986, n. 12 (Provvidenze a favore dei farmacisti rurali);
 - h) la legge regionale 8 maggio 1987, n. 16 (La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale);
 - i) **(468)**
 - j) la legge regionale 16 settembre 1988 n. 48 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali);
 - k) la legge regionale 15 settembre 1989, n. 51 (Piano di finanziamento in conto capitale per opere ed attrezzature ospedaliere ed extra ospedaliere per il biennio 1989/1990);
 - l) la legge regionale 12 dicembre 1994, n. 41 (Istituzione del sistema bibliotecario biomedico lombardo); **(469)**
 - m) la legge regionale 30 gennaio 1998, n. 2 (Istituzione, composizione e funzionamento del consiglio dei sanitari);
 - n) la legge regionale 24 novembre 2000, n. 26 (Riordinamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna ai sensi del d.lgs. 30 giugno 1993, n. 270 'Riordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lett. h) della legge 23 ottobre 1992, n. 421'); **(470)**
 - o) il comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale 2 febbraio 2001, n. 3 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative regionali in materia di assetto istituzionale, sviluppo economico, territorio e ambiente e infrastrutture e servizi alla persona, finalizzate all'attuazione del DPEFR ai sensi dell'art. 9-ter della l.r. 34/1978);

p) (470) ✓

q) (471)

r) l'articolo 5 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 (Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - Collegato).

Allegati

urn:nir:regione.lombardia:legge:2009-12-30;33#ann1

ALLEGATO A

(Elenco dei certificati, dei documenti e degli adempimenti aboliti ai sensi dell'articolo 60, comma 1)

- a) certificato di sana e robusta costituzione;
- b) certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego;
- c) certificato di idoneità fisica per l'assunzione di insegnanti;
- d) certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori;
- e) certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale;
- f) certificato per vendita dei generi di monopolio;
- g) libretto di idoneità sanitaria per i parrucchieri;
- h) libretto di idoneità sanitaria per il personale alimentarista;
- i) certificato sanitario per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto dello stipendio;
- j) certificato medico di non contagiosità richiesto agli alimentaristi dopo l'assenza per malattia oltre i cinque giorni;
- k) certificato di idoneità psico-fisica all'attività di giudice onorario o di pace;
- l) certificato di idoneità fisica per l'assunzione di apprendisti;
- m) certificato di idoneità fisica alla qualifica di responsabile tecnico all'esercizio dell'attività di autoriparazione;
- n) certificato di possesso dei requisiti fisici per l'idoneità a direttore o responsabile dell'esercizio di impianto di risalita;
- o) tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici;
- p) certificato di idoneità all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici;
- q) obbligo di vidimazione del registro degli infortuni di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12 settembre 1958 (Istituzione del registro degli infortuni).

ALLEGATO B

(Elenco delle autorizzazioni e degli adempimenti aboliti ai sensi dell'articolo 125, comma 1)

- a) autorizzazioni sanitarie alla vendita e al commercio di prodotti fitosanitari e coadiuvanti di prodotti fitosanitari di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290 (Regolamento di semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione, alla immissione in commercio e alla vendita dei prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti);
- b) autorizzazione sanitaria per gli spacci di vendita di carne fresca, congelata o comunque preparata prevista dall'articolo 29 del regio decreto 20 dicembre 1928, n. 3298 (Approvazione del regolamento per la vigilanza sanitaria delle carni) e dall'articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 10 agosto 1972, n. 967 (Disciplina sanitaria della produzione e del commercio dei volatili, dei conigli allevati e della selvaggina);
- c) autorizzazione per l'esercizio di ricoveri di animali e stalle di sosta, prevista dall'articolo 17 del d.p.r. 320/1954;
- d) obbligo di domanda al sindaco e adempimenti conseguenti previsti dall'articolo 41 per gli spostamenti in ambito regionale e autorizzazione per il pascolo vagante delle greggi prevista dall'articolo 43 del d.p.r. 320/1954;

e) obbligo della controfirma del veterinario ufficiale sul certificato sanitario o sul documento commerciale previsto dall'articolo 4, comma 1, lettera c), paragrafo 2, del decreto del Ministro della salute 16 ottobre 2003 (Misure sanitarie di protezione contro le encefalopatie spongiformi trasmissibili), per il trasporto in ambito regionale di carcasse di animali delle specie bovina, ovina e caprina di età inferiore a quella prevista per l'esecuzione del test di controllo di cui al programma annuale obbligatorio di sorveglianza delle TSE.(472)

Allegato 1 (articoli 6 e 7)(473)

ATS della Città Metropolitana di Milano

— **IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI**

— **IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA**

— **IRCCS OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO**

— **ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretto 2 della Zona 9 di Milano e l'Ospedale Niguarda

— **ASST SANTI PAOLO E CARLO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 4 e 5 delle Zone di Milano 5, 6 e 7 e gli Ospedali San Paolo e San Carlo Borromeo

— **ASST FATEBENEFRATELLI SACCO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 1, 2, 3 e 4 delle Zone 1, 2, 3, 4 e 8 di Milano e i Poli Ospedalieri:

- Ospedale Luigi Sacco
- Ospedale Fatebenefratelli
- Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi
- Clinica Macedonio Melloni

— **ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO**, comprendente gli Ospedali Gaetano Pini e CTO (Centro Ortopedico Traumatologico) e la rete ambulatoriale territoriale specialistica ortopedico traumatologica

— **ASST OVEST MILANESE**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di

- Legnano
- Magenta
- Castano Primo
- Abbiategrasso

— **ASST RHODENSE**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di

- Rho
- Garbagnate
- Corsico

— **ASST NORD MILANO**, comprendente il territorio degli ex Distretti ASL 6 e 7 di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni, l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni e i Poliambulatori dell'ex AO ICP

— **ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA**, comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ex ASL di Milano 2

— **ASST DI LODI**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lodi

ATS DELL'INSUBRIA:

— **ASST DEI SETTE LAGHI**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:(474)

- Varese
- Arcisate
- Azzate
- Laveno
- Luino
- Sesto Calende
- Tradate

— **ASST DELLA VALLE OLONA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Busto Arsizio
- Castellanza
- Gallarate
- Somma Lombardo
- Saronno

— **ASST LARIANA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Como, ad eccezione dell'ex Distretto ASL Medio Alto Lario, limitatamente ai seguenti comuni: Alta Valle Intelvi, Argegno, Bene Lario, Blessagno, Carlazzo, Cavargna, Cerano d'Intelvi, Centro Valle Intelvi, Claino con Osteno, Colaninno, Corridio, Cusino, Dizzasco, Grandola ed Uniti, Griante, Laino, Menaggio, Pigra, Plesio, Ponna, Porlezza, Saronno, Comacina, San Bartolomeo V.C., San Nazzaro V.C., San Siro, Schignano, Tremezzina, Val Rezzo, Valsolda(475)

ATS DELLA BRIANZA:

— **ASST DI LECCO**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lecco

— **ASST DI MONZA(476)**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Monza

— **ASST DI VIMERCATE(477)**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Carate Brianza
- Seregno
- Vimercate
- Desio

ATS DI BERGAMO:

— **ASST PAPA GIOVANNI XXIII**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Bergamo
- Valle Brembana/Valle Imagna

— **ASST DI BERGAMO OVEST**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Dalmine
- Bassa Bergamasca

- Isola Bergamasca

— **ASST DI BERGAMO EST**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Est Provincia

- Valle Seriana/Valle di Scalve

ATS DI BRESCIA:

— **ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Brescia

- Brescia Est

- Brescia Ovest

- Val Trompia

— **ASST DELLA FRANCIACORTA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:

- Sebino

- Monte Orfano

- Oglio Ovest

- Bassa Bresciana Occidentale

— **ASST DEL GARDA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie (ad esclusione dell'Ospedale di Montichiari, che rimane funzionalmente collegato agli Spedali Civili di Brescia, nell'ambito dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia) degli ex Distretti ASL di:

- Garda/Salò

- Valle Sabbia

- Bassa Bresciana Orientale

- Bassa Bresciana Centrale

ATS DI PAVIA:

— **IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO ASST DI PAVIA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Pavia

ATS DELLA VAL PADANA:

— **ASST DI CREMONA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Cremona, ad esclusione dell'ex Distretto ASL di Crema

— **ASST DI MANTOVA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Mantova

— **ASST DI CREMA**, comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema

ATS DELLA MONTAGNA:

— **ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO**, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell' ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie:

- della provincia di Sondrio

- del Distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como, ad eccezione dei comuni che afferiscono all'ASST Lariana; all'ambito distrettuale residuale non si applica il limite di cui al comma 2, dell'articolo 7 bis(478)

— **ASST DELLA VALCAMONICA**, che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASL della Valle Camonica/Sebino.

Fatta salva la declinazione degli ambiti distrettuali come previsto dall'articolo 7 bis, è data la possibilità alle ASST, previa approvazione della Direzione generale Welfare e delle ATS di riferimento, di attuare una gestione condivisa e integrata di servizi sanitari e sociosanitari con altre ASST confinanti, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale, laddove si riscontrano caratteristiche specifiche di omogeneità territoriale circa la domanda di salute della popolazione e/o di sviluppo integrato dei servizi di offerta sanitaria e sociosanitaria, nonché di omogeneità geografica, al fine di migliorare l'accessibilità dei servizi e garantire una migliore risposta alle esigenze di salute.(479)

NOTE:

1. La rubrica è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 e successivamente dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
2. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 28 dicembre 2011, n. 25.
3. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
4. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Vedi anche art. 2, comma 8, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
5. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
6. La lettera è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
7. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
8. La lettera è stata abrogata dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
9. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
10. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e successivamente modificata dall'art. 13, comma 1, lett. a) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
11. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
12. La lettera è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
13. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
14. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
15. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
16. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
17. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

18. La lettera è stata aggiunta dall'art. 2, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
19. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
20. Il comma è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 14 gennaio 2021, n. 22.
21. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
22. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
23. Il comma è stato sostituito dall'art. 3, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
24. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
25. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
26. Il comma è stato aggiunto dall'art. 4, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
27. Il comma è stato modificato dall'art. 4, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
28. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 4, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
29. Il comma è stato modificato dall'art. 4, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
30. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 5, lett. a) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22.
31. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 21 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
32. Il comma è stato modificato dall'art. 4, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
33. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 5, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
34. La rubrica è stata sostituita dall'art. 13, comma 1, lett. b) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
35. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. c) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
36. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Vedi anche art. 2, comma 8, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
37. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. d) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
38. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 6, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
39. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
40. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
41. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente modificato dall'art. 6, comma 1, lett. f) della l.r. 14 novembre 2021, n. 22e dall'art. 13, comma 1, lett. e) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
42. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
43. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
44. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
45. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
46. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
47. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
48. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. m) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
49. La lettera è stata aggiunta dall'art. 6, comma 1, lett. n) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

50. La lettera è stata sostituita dall'art. 6, comma 1, lett. o) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
51. La lettera è stata aggiunta dall'art. 6, comma 1, lett. p) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
52. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
53. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. q) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
54. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. r) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art.36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22
55. Il comma è stato sostituito dall'art. 6, comma 1, lett. s) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
56. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. t) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
57. Il comma è stato abrogato dall'art. 6, comma 1, lett. u) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
58. Il comma è stato modificato dall'art. 6, comma 1, lett. v) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 6, comma 1, lett. w) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
59. Il comma è stato aggiunto dall'art. 6, comma 1, lett. x) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
60. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
61. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
62. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
63. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
64. La lettera è stata modificata dall'art. 7, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
65. Il comma è stato modificato dall'art. 7, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
66. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
67. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
68. L'alinnea è stato modificato dall'art. 8, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
69. La lettera è stata aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
70. La lettera è stata sostituita dall'art. 8, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
71. La lettera è stata abrogata dall'art. 8, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
72. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
73. La lettera è stata aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
74. La lettera è stata sostituita dall'art. 8, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
75. La lettera è stata sostituita dall'art. 8, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
76. La lettera è stata abrogata dall'art. 8, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
77. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
78. La lettera è stata aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
79. Il comma è stato sostituito dall'art. 8, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
80. Il comma è stato sostituito dall'art. 8, comma 1, lett. m) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
81. L'alinnea è stato modificato dall'art. 8, comma 1, lett. n) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
82. La lettera è stata abrogata dall'art. 8, comma 1, lett. o) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
83. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. p) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
84. La lettera è stata modificata dall'art. 8, comma 1, lett. q) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
85. Il comma è stato aggiunto dall'art. 8, comma 1, lett. r) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

86. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
87. Il comma è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
88. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
89. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
90. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 5, lett. b) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22 e successivamente modificato dall'art. 8, comma 1, lett. s) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
91. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
92. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 9, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
93. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
94. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
95. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
96. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
97. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 9, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
98. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
99. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
100. Il comma è stato aggiunto dall'art. 9, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
101. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. k) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
102. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. l) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
103. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. m) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 36, comma 17, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
104. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 17, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
105. L'alinea è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. n) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e successivamente sostituito dall'art. 13, comma 1, lett. f) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
106. La lettera è stata modificata dall'art. 9, comma 1, lett. o) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
107. La lettera è stata aggiunta dall'art. 9, comma 1, lett. p) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
108. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. e) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15 e dall'art. 36, comma 17, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
109. Il comma è stato aggiunto dall'art. 9, comma 1, lett. q) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
110. Il comma è stato sostituito dall'art. 9, comma 1, lett. r) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
111. Il comma è stato aggiunto dall'art. 9, comma 1, lett. s) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
112. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15, dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 10 dicembre 2009, n. 21 e dall'art. 9, comma 1, lett. t) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
113. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. m) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

114. Il comma è stato sostituito dall'art. 10, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
115. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
116. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
117. Il comma è stato modificato dall'art. 10, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 10, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
118. La lettera è stata modificata dall'art. 10, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
119. Il comma è stato sostituito dall'art. 10, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
120. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
121. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 11, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
122. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. n) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
123. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 12, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
124. Il comma è stato aggiunto dall'art. 12, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
125. Il comma è stato aggiunto dall'art. 12, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
126. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 13, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
127. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. o) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
128. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. p) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
129. La lettera è stata aggiunta dall'art. 14, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
130. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 14, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
131. Il comma è stato modificato dall'art. 14, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
132. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
133. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. m) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 14, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
134. Il comma è stato sostituito dall'art. 14, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett g) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
135. Il comma è stato sostituito dall'art. 14, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
136. Il comma è stato aggiunto dall'art. 14, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
137. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente abrogato dall'art. 13, comma 1, lett. h) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
138. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
139. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).

140. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
141. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. g) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
142. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. h) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22. Vedi anche art. 36, comma 14 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
143. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
144. La lettera è stata aggiunta dall'art. 16, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
145. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
146. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
147. La lettera è stata abrogata sotto condizione dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 28 settembre 2018, n. 13. La condizione si è realizzata a seguito della pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione del 3 ottobre 2019 del decreto del Presidente della Regione di costituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo di cui alla l.r. 28 settembre 2018, n. 13.
148. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. i) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
149. La lettera è stata aggiunta dall'art. 16, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
150. Il comma è stato modificato dall'art. 9, comma 1, lett. b) della l.r. 28 settembre 2018, n. 13. Vedi pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione del 3 ottobre 2019 del decreto del Presidente della Regione di costituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo di cui alla l.r. 28 settembre 2018, n. 13.
151. Il comma è stato modificato dall'art. 16, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
152. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. j) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
153. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. k) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
154. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 17, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
155. La rubrica è stata modificata dall'art. 13, comma 1, lett. i) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
156. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. j) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
157. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. k) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
158. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. l) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
159. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. l) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8 e dall'art. 13, comma 1, lett. m) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
160. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. k) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8 e dall'art. 13, comma 1, lett. n) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
161. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. r) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
162. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. n) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 1, comma 1, lett. o) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
163. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. l) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
164. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. m) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15 e dall'art. 1, comma 1, lett. n) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
165. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. o) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
166. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. p) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

167. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
168. Il comma è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. r) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 18, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22. Il comma è stato ulteriormente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. o) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
169. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. s) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
170. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. t) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
171. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. q) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 1, comma 1, lett. r) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 1, comma 1, lett. u) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15, dall'art. 1, comma 1, lett. v) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e dall'art. 18, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
172. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. p) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41) e successivamente dall'art. 18, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 18, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
173. Il comma è stato aggiunto dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22 e successivamente abrogato dall'art. 28, comma 2, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2017, n. 37.
174. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. s) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
175. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. s) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
176. Il comma è stato modificato dall'art. 19, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
177. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. t) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 e dall'art. 1, comma 1, lett. u) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). Il comma è stato successivamente modificato dall'art. 10, comma 5, lett. c) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22 e dall'art. 19, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
178. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
179. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. w) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
180. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. u) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Vedi anche art. 2, comma 8, lett. g) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
181. Il comma è stato modificato dall'art. 13, comma 1, lett. p) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
182. Il comma è stato modificato dall'art. 20, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e dall'art. 13, comma 1, lett. q) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
183. Il comma è stato aggiunto dall'art. 20, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
184. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. v) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. La rubrica e l'articolo sono stati modificati dall'art. 11, comma 1, lett. d) della l.r. 10 dicembre 2019, n. 22.
185. Il comma è stato modificato dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34 e dall'art. 11, comma 1, lett. a) della l.r. 10 dicembre 2019, n. 22.
186. L'alinea è stato modificato dall'art. 21, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
187. La lettera è stata modificata dall'art. 21, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
188. La lettera è stata modificata dall'art. 21, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

189. La lettera è stata sostituita dall'art. 21, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
190. Il comma è stato modificato dall'art. 21, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
191. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. x) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e dall'art. 11, comma 1, lett. c) della l.r. 10 dicembre 2019, n. 22.
192. Il comma è stato sostituito dall'art. 16, comma 1, lett. b) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34.
193. Il comma è stato modificato dall'art. 16, comma 1, lett. c) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34.
194. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
195. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
196. Il comma è stato modificato dall'art. 22, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
197. Il comma è stato sostituito dall'art. 22, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
198. Il comma è stato modificato dall'art. 22, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
199. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. y) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
200. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. z) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
201. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. aa) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
202. Il comma è stato modificato dall'art. 22, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 22, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
203. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. bb) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15e successivamente dall'art. 22, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
204. Il comma è stato aggiunto dall'art. 10, comma 5, lett. d) della l.r. 8 agosto 2016, n. 22.
205. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. x) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
206. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
207. Il comma è stato modificato dall'art. 23, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
208. Il comma è stato modificato dall'art. 23, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
209. Il comma è stato sostituito dall'art. 23, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
210. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41) e successivamente dall'art. 23, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 23, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
211. La lettera è stata modificata dall'art. 23, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
212. La lettera è stata modificata dall'art. 23, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
213. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. v) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41). La lettera è stata successivamente modificata dall'art. 23, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
214. La lettera è stata aggiunta dall'art. 23, comma 1, lett. i) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
215. La lettera è stata modificata dall'art. 23, comma 1, lett. j) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

216. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. cc) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
217. Il comma è stato modificato dall'art. 24, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
218. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. y) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
219. La rubrica è stata sostituita dall'art. 25, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
220. Il comma è stato modificato dall'art. 25, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
221. Il comma è stato aggiunto dall'art. 25, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
222. Il comma è stato modificato dall'art. 25, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
223. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. w) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
224. La lettera è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. x) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
225. La lettera è stata aggiunta dall'art. 26, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente sostituita dall'art. 13, comma 1, lett. r) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
226. La lettera è stata aggiunta dall'art. 25, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente sostituita dall'art. 13, comma 1, lett. s) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
227. Il comma è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. y) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
228. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 17, comma 1, lett. b) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.
229. Il comma è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. dd) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
230. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23. Vedi anche commi 2, 3 e 4 del medesimo articolo 16 della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23.
231. Il comma è stato modificato dall' art. 13, comma 1, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2020, n. 25.
232. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. z) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
233. La lettera è stata modificata dall'art. 26, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
234. La lettera è stata aggiunta dall'art. 26, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
235. Il comma è stato sostituito dall'art. 26, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. t) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
236. Il comma è stato modificato dall'art. 26, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
237. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
238. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
239. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. aa) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23e successivamente dall'art. 27, comma 1 della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
240. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. bb) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
241. Il comma è stato modificato dall'art. 28, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
242. La lettera è stata sostituita dall'art. 28, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
243. La lettera è stata modificata dall'art. 28, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
244. La lettera è stata modificata dall'art. 28, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.

245. La lettera è stata modificata dall'art. 28, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
246. La lettera è stata modificata dall'art. 34, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9e successivamente dall'art. 28, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
247. La lettera è stata aggiunta dall'art. 34, comma 1, lett. b) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9e successivamente modificata dall'art. 28, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
248. Il comma è stato abrogato dall'art. 28, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
249. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. cc) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
250. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
251. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
252. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
253. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
254. Il comma è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
255. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
256. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 29, comma 1, lett. h) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
257. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. dd) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
258. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 35, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
259. Il comma è stato modificato dall'art. 30, comma 1, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
260. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. ee) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. La rubrica è stata sostituita dall'art. 31, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
261. Il comma è stato sostituito dall'art. 31, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
262. Il comma è stato sostituito dall'art. 31, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
263. Il comma è stato aggiunto dall'art. 31, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
264. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. ff) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
265. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. jj) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
266. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. gg) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
267. Il comma è stato sostituito dall'art. 32, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
268. Il comma è stato modificato dall'art. 32, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
269. L'alinea è stato sostituito dall'art. 32, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
270. La lettera è stata modificata dall'art. 32, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 32, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
271. La lettera è stata modificata dall'art. 32, comma 1, lett. f) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
272. La lettera è stata modificata dall'art. 32, comma 1, lett. e) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
273. Il comma è stato aggiunto dall'art. 32, comma 1, lett. g) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett. u) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
274. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 l'articolo è confluito nel Titolo I ed è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. hh) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.

275. La lettera è stata modificata dall'art. 33, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
276. Il numero è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
277. Il numero è stato modificato dall'art. 33, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
278. Il comma è stato modificato dall'art. 33, comma 1, lett. c) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22 e dall'art. 13, comma 1, lett. v) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
279. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23, dall'art. 17, comma 1, lett. b) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23 e dall'art. 33, comma 1, lett. d) della l.r. 14 dicembre, n. 22.
280. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. ii) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
281. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. z) della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41 (per l'efficacia vedi art. 1, comma 2 della l.r. 22 dicembre 2015, n. 41).
282. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. ii) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 e successivamente abrogato dall'art. 34, comma 1, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
283. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 18, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23.
284. La lettera è stata aggiunta dall'art. 1, comma 1, lett. ee) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
285. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ff) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
286. Il comma è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. gg) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
287. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
288. Il Titolo II è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
289. La rubrica è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 12 dicembre 2017, n. 33.
290. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 12 dicembre 2017, n. 33.
291. Vedi art. 2, comma 1, della l.r. 12 dicembre 2017, n. 33.
292. Vedi sentenza della Corte costituzionale n. 249/2018.
293. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. hh) della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
294. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
295. La rubrica è stata sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6. La suddivisione in capi del presente Titolo è stata abrogata dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
296. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
297. L'articolo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. d) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
298. Il Titolo V è stato sostituito dall'art. 1, comma 1 della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
299. Il comma è stato modificato dall'art. 36, comma 18, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
300. L'alinfa è stato modificato dall'art. 36, comma 1, della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
301. Il Capo I è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
302. Il comma è stato sostituito dall'art. 5, comma 1, lett. b), numero 1 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.
303. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 36, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
304. Il Capo II è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6 e successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
305. L'articolo è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6 e successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
306. Il comma è stato modificato dall'art. 14, comma 5, lett. a) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.
307. La lettera è stata modificata dall'art. 14, comma 5, lett. b) della l.r. 20 maggio 2022, n. 8.

308. Si rinvia alla l.r. 3 marzo 2017, n.6, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
309. Si rinvia al r.r. 25 marzo 2002, n. 1, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
310. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
311. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
312. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
313. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
314. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
315. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
316. Il Capo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
317. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 2, comma 1 della l.r. 3 marzo 2022, n. 3.
318. Il capo è stato abrogato dall'art. 1, comma 1, lett. a) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
319. Il titolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
320. Il comma è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
321. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
322. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
323. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
324. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. a) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.
325. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4..
326. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
327. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
328. La rubrica è stata modificata dall'art. 17, comma 1, lett. b) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.
329. Il comma è stato abrogato dall'art. 17, comma 1, lett.c) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.
330. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4..
331. Il comma è stato sostituito dall'art. 17, comma 1, lett. d) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.
332. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
333. Il comma è stato modificato dall'art. 17, comma 1, lett. e) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.
334. Il comma è stato abrogato dall'art. 17, comma 1, lett. f) della l.r. 6 agosto 2019, n. 15.
335. Il comma è stato sostituito dall'art. 5, comma 1, lett. b), numero 2 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.
336. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
337. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
338. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
365. Ai sensi dell'art.2, comma 8, lett. e) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 i riferimenti alle ASL contenuti nei Titoli VIII e IX s'intendono come riferimenti alle ATS.
339. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
340. L'articolo è stato sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b) della l.r. 4 marzo 2019, n. 4.
341. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
342. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
343. Il comma è stato abrogato dall'art. 11, comma 1, lett. a) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.
344. La lettera è stata sostituita dall'art. 11, comma 1, lett. b) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.
345. Il comma è stato aggiunto dall'art. 11, comma 1, lett. c) della l.r. 10 agosto 2017, n. 22.
346. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. c) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.

347. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. d) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
348. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. e) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
349. L'articolo è stato abrogato dall'art. 2, comma 8, lett. h), numero 11 della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. Ai sensi dell'art. 2, comma 8 della l.r. 11 agosto 2015, n. 23 la modifica è apportata alla data indicata nelle deliberazioni della Giunta regionale costitutive delle ATS e delle ASST di cui all'art. 8, comma 4 della l.r. 11 agosto 2015, n. 23. **Sino a tale data, per la parte oggetto di modifica, consulta il testo in vigore fino al 28 agosto 2015 nella sezione "Testi previgenti".**
350. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 3, comma 1, lett. f) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
351. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. g) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
352. La lettera è stata modificata dall'art. 35, comma 1, lett. a) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
353. La lettera è stata aggiunta dall'art. 35, comma 1, lett. b) della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22.
354. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. h) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
355. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. a) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
356. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. b) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
357. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. c) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
358. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. d) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
359. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. e) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
360. L'articolo è stato sostituito dall'art. 3, comma 2, lett. f) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
361. L'articolo è stato abrogato dall'art. 3, comma 1, lett. g) della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
362. Il titolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
363. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. c) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
364. Vedi art. 2 della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
366. L'articolo è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. a) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
367. Il punto è stato modificato dall'art. 29, comma 1, lett. a) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
368. Il punto è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. b) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
369. Il punto è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. c) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
370. Il punto è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. d) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
371. Il comma è stato aggiunto dall'art. 29, comma 1, lett. e) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
372. La lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 1, lett. a) della l.r. 5 agosto 2016, n. 19.
373. Il comma è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1, lett. a) della l.r. 28 dicembre 2018, n. 23.
374. L'articolo è stato abrogato dall'art. 2, comma 1, lett. b) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
375. L'articolo è stato sostituito dall'art. 2, comma 1, lett. c) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
376. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. d) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34 e successivamente dall'art. 29, comma 2, lett. a) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
377. Il comma è stato modificato dall'art. 37, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9 e dall'art. 37, comma 1, lett. b) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9. Vedi anche art. 37, comma 2 della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
378. Il comma è stato modificato dall'art. 37, comma 1, lett. c) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9. Vedi anche art. 37, comma 2 della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
379. Il comma è stato modificato dall'art. 37, comma 1, lett. d) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9. Vedi anche art. 37, comma 2 della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
380. Il comma è stato modificato dall'art. 29, comma 2, lett. b) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.

381. Il comma è stato abrogato dall'art. 29, comma 2, lett. c) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
382. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 29, comma 2, lett. d) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
383. Il comma è stato abrogato dall'art. 5, comma 1, lett. b), numero 3 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.
384. La lettera è stata sostituita dall'art. 29, comma 2, lett. e) della l.r. 26 maggio 2017, n. 15.
385. La lettera è stata modificata dall'art. 16, comma 1, lett. f) della l.r. 29 dicembre 2016, n. 34 e successivamente sostituita dall'art. 38, comma 1, lett. a) della l.r. 6 giugno 2019, n. 9.
386. L'articolo è stato abrogato dall'art. 2, comma 1, lett. d) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15.
387. L'articolo è stato abrogato dall'art. 4, comma 6 della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
388. Il comma è stato aggiunto dall'art. 15, comma 1, lett. b) della l.r. 28 dicembre 2018, n. 23.
389. La lettera è stata aggiunta dall'art. 16, comma 1, lett. g) della l.r. 5 febbraio 2010, n. 7.
390. L'articolo è stato aggiunto dall'art. 3, comma 1, lett. b) della l.r. 29 giugno 2016, n. 15 e successivamente sostituito dall'art. 5, comma 1, lett. b) numero 4 della l.r. 25 marzo 2021, n. 3.
391. Si rinvia alla l.r. 2 maggio 1974, n. 23, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
392. Si rinvia alla l.r. 15 gennaio 1975, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
393. Si rinvia alla l.r. 12 giugno 1975, n. 88, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
394. Si rinvia alla l.r. 20 giugno 1975, n. 97, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
395. Si rinvia alla l.r. 28 febbraio 1976, n. 7, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
396. Si rinvia alla l.r. 27 gennaio 1979, n. 20, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
397. Si rinvia alla l.r. 31 dicembre 1980, n. 106, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
398. Si rinvia alla l.r. 26 ottobre 1981, n. 64, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
399. Si rinvia alla l.r. 26 ottobre 1981, n. 65, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
400. Si rinvia alla l.r. 25 maggio 1983, n. 46, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
401. Si rinvia alla l.r. 14 settembre 1983, n. 75, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
402. Si rinvia alla l.r. 6 febbraio 1984, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
403. Si rinvia alla l.r. 30 novembre 1984, n. 61, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
404. Si rinvia alla l.r. 31 dicembre 1984, n. 67, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
405. Si rinvia alla l.r. 14 dicembre 1987, n. 36, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
406. Si rinvia alla l.r. 24 giugno 1988, n. 34, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
407. Si rinvia alla l.r. 16 settembre 1988, n. 47, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
408. Si rinvia alla l.r. 16 maggio 1989, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
409. Si rinvia alla l.r. 8 luglio 1989, n. 27, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
410. Si rinvia alla l.r. 15 settembre 1989, n. 47, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
411. Si rinvia alla l.r. 8 maggio 1990, n. 34, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
412. Si rinvia alla l.r. 12 maggio 1990, n. 57, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
413. Si rinvia alla l.r. 2 marzo 1992, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
414. Si rinvia alla l.r. 10 dicembre 1992, n. 47, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
415. Si rinvia alla l.r. 10 dicembre 1992, n. 48, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
416. Si rinvia alla l.r. 5 novembre 1993, n. 36, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
417. Si rinvia alla l.r. 2 aprile 1994, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
418. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
419. Si rinvia alla l.r. 10 agosto 1998, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.

420. Si rinvia alla l.r. 3 aprile 2000, n. 21, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
421. Si rinvia alla l.r. 30 ottobre 2001, n. 17, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
422. Si rinvia alla l.r. 27 novembre 2001, n. 23, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
423. Si rinvia alla l.r. 20 dicembre 2001, n. 28, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
424. Si rinvia alla l.r. 4 agosto 2003, n. 12, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
425. Si rinvia alla l.r. 18 novembre 2003, n. 22, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
426. Si rinvia alla l.r. 16 febbraio 2004, n. 2, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
427. Si rinvia alla l.r. 14 luglio 2006, n. 14, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
428. Si rinvia alla l.r. 20 luglio 2006, n. 16, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
429. Si rinvia alla l.r. 2 aprile 2007, n. 8, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
430. Si rinvia alla l.r. 12 dicembre 2007, n. 32, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
431. Si rinvia alla l.r. 28 dicembre 2007, n. 34, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
432. Si rinvia alla l.r. 31 marzo 2008, n. 7, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
433. Si rinvia alla l.r. 1 aprile 2008, n. 11, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
434. Si rinvia alla l.r. 6 agosto 2009, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
435. Si rinvia alla l.r. 6 agosto 2009, n. 16, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
436. Si rinvia alla l.r. 6 agosto 2009, n. 18, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
437. Si rinvia alla l.r. 30 novembre 1981, n. 66, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
438. Si rinvia alla l.r. 27 gennaio 1998, n. 1, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
439. Si rinvia alla l.r. 22 gennaio 1999, n. 2, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
440. Si rinvia alla l.r. 12 agosto 1999, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
441. Si rinvia alla l.r. 5 gennaio 2000, n. 1, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
442. Si rinvia alla l.r. 14 gennaio 2000, n. 2, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
443. Si rinvia alla l.r. 21 febbraio 2000, n. 9, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
444. Si rinvia alla l.r. 27 marzo 2000, n. 18, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
445. Si rinvia alla l.r. 2 febbraio 2001, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
446. Si rinvia alla l.r. 3 aprile 2001, n. 6, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
447. Si rinvia alla l.r. 17 dicembre 2001, n. 26, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
448. Si rinvia alla l.r. 6 marzo 2002, n. 4, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
449. Si rinvia alla l.r. 22 luglio 2002, n. 15, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
450. Si rinvia alla l.r. 5 agosto 2002, n. 17, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
451. Si rinvia alla l.r. 20 dicembre 2002, n. 32, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
452. Si rinvia alla l.r. 24 marzo 2003, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
453. Si rinvia alla l.r. 4 agosto 2003, n. 11, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
454. Si rinvia alla l.r. 24 marzo 2004, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
455. Si rinvia alla l.r. 5 maggio 2004, n. 12, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
456. Si rinvia alla l.r. 8 febbraio 2005, n. 6, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
457. Si rinvia alla l.r. 4 novembre 2005, n. 16, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
458. Si rinvia alla l.r. 24 febbraio 2006, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
459. Si rinvia alla l.r. 27 dicembre 2006, n. 30, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
460. Si rinvia alla l.r. 31 luglio 2007, n. 18, per il testo coordinato con le presenti modifiche.

461. Si rinvia alla l.r. 12 marzo 2008, n. 3, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
462. Si rinvia alla l.r. 31 marzo 2008, n. 5, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
463. Si rinvia alla l.r. 18 giugno 2008, n. 17, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
464. Si rinvia alla l.r. 23 dicembre 2008, n. 33, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
465. Si rinvia alla l.r. 30 dicembre 2008, n. 38, per il testo coordinato con le presenti modifiche.
466. La lettera è stata abrogata dall'art. 2, comma 1, lett. d), numero 5) della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5. Vedi anche art. 4, comma 1, della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5.
467. La lettera è stata abrogata dall'art. 2, comma 1, lett. d), numero 7) della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5. Vedi anche art. 4, comma 1, della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5.
468. La lettera è stata abrogata dall'art. 2, comma 1, lett. d), numero 9) della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5. Vedi anche art. 4, comma 1, della l.r. 25 gennaio 2018, n. 5.
469. La lettera è stata abrogata sotto condizione dall'art. 2, comma 3, lett. b) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
470. La lettera è stata abrogata dall'art. 18, comma 2, lett. b) della l.r. 8 luglio 2014, n. 19.
471. La lettera è stata abrogata dall'art. 4, comma 7 della l.r. 3 marzo 2017, n. 6.
472. La lettera è stata modificata dall'art. 1, comma 1, lett. f) della l.r. 7 marzo 2011, n. 6.
473. L'allegato 1 è stato aggiunto dall'art. 1, comma 1, lett. kk) della l.r. 11 agosto 2015, n. 23.
474. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 1 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
475. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
476. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 19, comma 1, lett. a) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23. Vedi anche 'art. 19, comma 2 della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23
477. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 19, comma 1, lett. b) della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23. Vedi anche l'art. 19, comma 2 della l.r. 30 dicembre 2019, n. 23
478. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 3 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.
479. L'allegato 1 è stato modificato dall'art. 1, comma 1, lett. ii), numero 4 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15. Vedi anche art. 1, comma 2 della l.r. 28 novembre 2018, n. 15.

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

Legge regionale 31 maggio 2004, n. 29**Affidamento, conservazione e dispersione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti.**

(Bollettino Ufficiale n. 21, parte prima, del 07.06.2004)

INDICE

Art. 1 - Oggetto e finalità

Art. 2 - Cremazione e affidamento delle ceneri

Art. 3 - Modalità di conservazione

Art. 3 bis - Autorizzazione alla dispersione delle ceneri

Art. 4 - Luoghi di dispersione delle ceneri

Art. 4 bis - Cremazione e affidamento di resti mortali già sepolti o tumulati

Art. 5 - Regolamenti comunali

Art. 6 - Piano regionale di coordinamento

Art. 7 - Senso comunitario della morte

Art. 8 - Informazione ai cittadini

Art. 9 - Clausola valutativa

Art. 9 bis - Disposizioni per l'approvazione del primo piano regionale di coordinamento

*Art. 1**Oggetto e finalità*

1. La presente legge disciplina l'affidamento, la conservazione e la dispersione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti nell'ambito dei principi di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 130 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri).
2. La presente legge, per i suddetti aspetti connessi al decesso, ha il fine di salvaguardare la dignità di ogni persona, la sua libertà di scelta, le sue convinzioni religiose e culturali, il suo diritto ad una corretta e adeguata informazione.

*Art. 2**Cremazione e affidamento delle ceneri (1)*

1. L'autorizzazione alla cremazione è rilasciata dal comune nel quale è avvenuto il decesso nel rispetto della volontà espressa del defunto o, in mancanza di questa, dai suoi familiari ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera b), numeri 1), 2), 3) e 4), della l. 130/2001, previa acquisizione del certificato necroscopico ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera a), della medesima legge. Il certificato, redatto e sottoscritto dal medico necroscopo, non necessita di alcuna autenticazione.
2. Il provvedimento di autorizzazione di cui al comma 1, indica gli eventuali affidatari dell'urna cineraria.
3. Soggetto affidatario dell'urna cineraria può essere qualunque persona, ente o associazione, scelta liberamente dal defunto o dai suoi familiari, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera b), numeri 1), 2), 3) e 4), della l. 130 /2001.
4. Il soggetto affidatario dell'urna cineraria sottoscrive il documento previsto dall'articolo 81 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria), in cui viene indicato il luogo di destinazione dell'urna cineraria; tale documento, conservato presso l'impianto di cremazione e presso il comune in cui è avvenuto il decesso, costituisce documento di accompagnamento per il trasporto delle ceneri.
5. Il trasporto delle ceneri non è soggetto alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto delle salme, salvo diversa indicazione dell'autorità sanitaria.
6. Resta valida la possibilità di rinuncia all'affidamento dell'urna cineraria da parte del soggetto indicato dal defunto. La rinuncia all'affidamento deve risultare da dichiarazione resa all'ufficiale dello stato civile del comune che ha autorizzato la cremazione.
7. In caso di rinuncia all'affidamento, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 80, commi 3 e 6, del d.p.r. 285/1990.

*Art. 3**Modalità di conservazione*

1. L'urna sigillata contenente le ceneri può essere:
 - a) tumulata;

- b) inumata qualora le caratteristiche del materiale dell'urna lo consentano;
- c) conservata all'interno del cimitero, nei luoghi di cui all' articolo 80, comma 3, del d.p.r. 285/1990 ;
- d) consegnata al soggetto affidatario di cui all'articolo 2.

Art. 3 bis

Autorizzazione alla dispersione delle ceneri (2)

1. L'autorizzazione alla dispersione delle ceneri ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettere c) e d), della l. 130/2001, è rilasciata dal comune nel quale è avvenuto il decesso, previo accertamento dell'espressa volontà del defunto da parte dell'ufficiale di stato civile.
2. La dispersione delle ceneri in un comune diverso da quello nel quale è avvenuto il decesso richiede l'autorizzazione di cui al comma 1, e il nullaosta del comune nel quale è effettuata la dispersione.
3. Nel caso in cui la dispersione delle ceneri avvenga in mare, il nulla osta è rilasciato dal comune dal quale viene imbarcata l'urna contenente le ceneri da disperdere, ove diverso da quello nel quale è avvenuto il decesso.
- 3 bis. Nei casi di cui ai commi 2 e 3 il nulla osta è richiesto d'ufficio dal comune che ha autorizzato la cremazione. (7)

Art. 4

Luoghi di dispersione delle ceneri (3)

1. La dispersione delle ceneri è consentita nei luoghi individuati dall'articolo 3, comma 1, lettera c), della l. 130/2001.
2. I comuni possono prevedere, nel rispetto della volontà del defunto, che la dispersione delle ceneri avvenga in apposite aree naturali dei territori di loro pertinenza.

Art. 4 bis

Cremazione e affidamento di resti mortali già sepolti o tumulati (4)

1. La cremazione di cui all'articolo 3, comma 1, lettera g), della l. 130/2001 può avvenire senza necessità di acquisire il certificato di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a), della l. 130/2001.

Art. 5

Regolamenti comunali

1. I regolamenti comunali disciplinano quanto disposto all'articolo 4 e la violazione delle disposizioni ivi contenute comportano l'applicazione della sanzione amministrativa di cui all' articolo 7 bis, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).

Art. 6

Piano regionale di coordinamento (5)

1. Il piano regionale di coordinamento definisce, sulla base della popolazione residente, del tasso di mortalità, e dei dati statistici relativi alla scelta crematoria da parte dei cittadini di ciascun territorio comunale, le linee guida per la realizzazione dei crematori da parte dei comuni, anche in forma associata, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 6, comma 1, della l. 130/2001.
2. Il piano regionale di coordinamento disciplina anche la creazione di cinerari comuni e strutture del commiato.
3. I crematori sono realizzati all'interno delle aree cimiteriali esistenti o di ampliamenti delle stesse e non è consentito l'utilizzo di crematori mobili.
4. Il piano regionale di coordinamento è approvato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 10 della legge regionale 2 agosto 2013, n. 44 (Disposizioni in materia di programmazione regionale).

Art. 7

Senso comunitario della morte

1. Perché non sia perduto il senso comunitario della morte, nel caso di consegna dell'urna cineraria al soggetto affidatario, secondo quanto disposto all'articolo 2 , e nel caso di dispersione delle ceneri, per volontà del defunto, espressa attraverso una delle modalità di cui all' articolo 3, comma 1, lettera b), della legge 130/2001 , è realizzata nel cimitero apposita targa, individuale o collettiva, che riporta i dati anagrafici del defunto.
2. Devono essere consentite forme rituali di commemorazione anche al momento della dispersione delle ceneri.

Art. 8

Informazione ai cittadini

1. I comuni e la Regione favoriscono e promuovono l'informazione ai cittadini residenti nel proprio territorio sulle diverse pratiche funerarie, anche con riguardo agli aspetti economici. Specifiche e dettagliate informazioni sono dedicate alla cremazione, all'affidamento delle ceneri e alle modalità di dispersione o conservazione delle stesse.
2. Il medico che provvede alla stesura del certificato di morte è tenuto a fornire specifiche informazioni ai familiari del defunto in ordine alle diverse possibilità di disposizione del cadavere, anche attraverso il materiale informativo predisposto dalla Regione e dai comuni.

*Art. 9**Clausola valutativa*

1. Entro due anni dall'entrata in vigore della legge la Giunta regionale rende conto al Consiglio regionale sullo stato di attuazione della stessa.
2. Nel termine di cui al comma 1, la Giunta regionale è tenuta a effettuare una comunicazione alla Commissione consiliare competente, che indichi:
 - a) il numero delle rinunce di affidamento di cui all'articolo 2 , comma 4, registrate nel periodo di vigenza della legge;
 - b) il numero dei nuovi crematori realizzati nel periodo di vigenza della legge.
3. La Commissione consiliare competente adotta le misure opportune di informazione sulla comunicazione di cui al comma 2 nel caso di risultati particolarmente significativi.

*Art. 9 bis**Disposizioni per l'approvazione del primo piano regionale di coordinamento (6)*

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale 12 novembre 2013, n. 66 (Affidamento, conservazione e dispersione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti. Modifiche alla l.r. 29/2004), la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale per l'approvazione il primo piano regionale di coordinamento di cui all'articolo 6.

Note

1. Articolo così sostituito con l.r. 12 novembre 2013, n. 66, art. 1.
2. Articolo inserito con l.r. 12 novembre 2013, n. 66, art. 2.
3. Articolo così sostituito con l.r. 12 novembre 2013, n. 66, art. 3.
4. Articolo inserito con l.r. 12 novembre 2013, n. 66, art. 4.
5. Articolo così sostituito con l.r. 12 novembre 2013, n. 66, art. 5.
6. Articolo inserito con l.r. 12 novembre 2013, n. 66, art. 6.
7. Comma inserito con l.r. 9 agosto 2016, n. 58, art. 19.



Legge regionale 31 ottobre 2007, n. 20. (Testo coordinato)

Disposizioni in materia di cremazione, conservazione, affidamento e dispersione delle ceneri .

(B.U. 2 novembre 2007, 3° suppl. al n. 44)

Modificata da [l.r. 15/2011](#), [l.r. 03/2015](#)

Art. [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#)

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge disciplina la cremazione, la conservazione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti, l'affidamento delle medesime e la loro dispersione nel rispetto dei principi sanciti dalla Costituzione, dalla normativa statale e secondo le modalità stabilite dalla medesima.
2. La Regione intende valorizzare la scelta della cremazione nel rispetto della dignità di ogni persona, la sua libertà di scelta, le sue convinzioni religiose e culturali, il suo diritto a una corretta e adeguata informazione.
3. La Regione garantisce, attraverso una adeguata formazione, la professionalità del personale addetto ai crematori ed agli spazi per il commiato.

Art. 2.

(~~1~~=>Cremazione, conservazione, affidamento e dispersione delle ceneri ~~<=1~~)

1. Le ceneri sono destinate, in forma indivisa, alla conservazione, all'affidamento o alla dispersione.

~~2~~=>2. La cremazione e la conservazione delle ceneri nei cimiteri, per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, sono disciplinate dal decreto del Presidente della Repubblica 285/1990 e dalla legge 130/2001. ~~<=2~~

~~3~~+>2 bis. L'autorizzazione alla cremazione spetta all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, che la rilascia previa acquisizione di apposito certificato del medico necroscopo, dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato ovvero, in caso di morte improvvisa o sospetta segnalata all'autorità giudiziaria, il nullaosta della stessa autorità giudiziaria recante specifica indicazione che il cadavere può essere cremato. L'autorizzazione alla cremazione è concessa nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari, attraverso una delle seguenti modalità:

- a) la disposizione testamentaria del defunto o la dichiarazione resa dallo stesso al comune di residenza, tranne nei casi in cui i familiari presentano una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione fatta in data successiva a quella della disposizione testamentaria stessa;
- b) l'iscrizione, certificata dal rappresentante legale, ad associazioni riconosciute che hanno tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto fatta in data successiva a quella dell'iscrizione all'associazione. Tale iscrizione

prevale anche contro il parere dei familiari;

c) in mancanza della disposizione testamentaria o di qualsiasi altra espressione di volontà da parte del defunto, la volontà del coniuge o, in difetto, del parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del codice civile e, in caso di concorrenza di più parenti dello stesso grado, della maggioranza assoluta di essi, manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso o di residenza;

d) la volontà manifestata dai legali rappresentanti per i minori e per le persone interdette. ^{<+3}

^{4+>}2 ter. I comuni si dotano di un apposito registro in cui sono iscritti coloro che hanno espresso la propria volontà alla cremazione e all'affidamento o alla dispersione delle ceneri. In qualsiasi momento, il soggetto iscritto può chiedere la cancellazione delle annotazioni iscritte nel registro per la cremazione. ^{<+4}

3. Al fine di assicurare l'identità certa delle ceneri, i soggetti gestori degli impianti di cremazione adottano sistemi identificativi non termodeperibili, da applicare all'esterno del feretro e da rinvenire a cremazione finita, al fine di certificare la correlazione tra il cadavere e le ceneri consegnate.

4. Nelle aree avute in concessione nei cimiteri, ai sensi degli articoli 90 e seguenti del d.p.r. 285/1990, i privati e gli enti possono provvedere anche all'inumazione di urne cinerarie a condizione che esse siano realizzate in materiali non deperibili.

5. L'affidamento e la dispersione delle ceneri sono disciplinate dalla legge 30 marzo 2001, n. 130 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri) nel rispetto della volontà del defunto, comprovata mediante disposizione testamentaria o dichiarazione, manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso o di residenza, resa dal coniuge o, in difetto di questi, dal parente più prossimo, individuato secondo gli articoli 74 e seguenti del codice civile e, in caso di concorrenza di più parenti nello stesso grado, dalla maggioranza degli stessi.

6. Per coloro i quali, al momento della morte, risultino iscritti ad associazioni riconosciute che abbiano tra i propri fini quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, per consentire l'affidamento o la dispersione è sufficiente la presentazione di una dichiarazione in carta libera datata e sottoscritta dall'associato o, se questi non sia in grado di scrivere, confermata da due testimoni, dalla quale chiaramente risulti la volontà che le proprie ceneri siano affidate o disperse, nonché il soggetto individuato ad eseguire tale volontà.

7. Qualora il defunto non abbia individuato l'affidatario delle proprie ceneri oppure la persona incaricata della dispersione, la volontà del defunto è eseguita dalle seguenti persone:

a) dal coniuge, ovvero, in difetto di questi, dal parente più prossimo, individuato secondo gli articoli 74 e seguenti del codice civile e, in caso di concorrenza di più parenti nello stesso grado, dalla maggioranza degli stessi;

b) dall'esecutore testamentario;

c) dal rappresentante legale di associazione che abbia tra i propri fini statuari la cremazione dei cadaveri degli associati, qualora il defunto ne sia iscritto;

d) dal tutore di minore o interdetto;

e) in mancanza dei soggetti di cui alle lettere a), b), c) e d), dal personale autorizzato dal comune.

8. Qualora, in assenza del coniuge, concorrano più parenti dello stesso grado, essi devono, a maggioranza, con atto scritto reso davanti al pubblico ufficiale che autorizza l'affidamento o la dispersione, individuare quale di loro si assume la responsabilità di prendere in custodia l'urna per conservarla nel proprio domicilio o per disperdere le ceneri.

9. Nell'autorizzazione all'affidamento o alla dispersione, nonché nel verbale di consegna dell'urna cineraria di cui all'articolo 81 del d.p.r. 285/1990, deve risultare quanto previsto dai commi 5, 6, 7 e 8.

10. L'autorizzazione all'affidamento o alla dispersione delle ceneri è comunicata, a cura del soggetto competente al rilascio, al Sindaco del comune ove avviene la

custodia o la dispersione delle ceneri.

11. Le autorizzazioni alla cremazione, al trasporto, all'inumazione o alla tumulazione dei resti mortali, sono rilasciate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254 (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179).

Art. 3.

(Modalità di conservazione delle urne affidate ai familiari)

1. L'urna contenente le ceneri, affidata secondo le modalità di cui all'articolo 2, deve essere consegnata sigillata a cura del soggetto che ha effettuato la cremazione.
2. L'affidatario ha l'obbligo di custodire l'urna con modalità tali da consentirne una destinazione stabile e da offrire garanzie contro ogni profanazione.
3. L'affidatario delle ceneri è tenuto a comunicare al comune, dove le ceneri sono custodite, le modalità della loro conservazione.
4. L'affidatario è tenuto a comunicare tempestivamente l'eventuale trasferimento dell'urna in altro comune, sia nei confronti del comune di provenienza, sia nei confronti di quello di nuova destinazione.
5. Se chi ha in consegna l'urna intende, per qualsiasi motivo, rinunciarvi, è tenuto a conferirla, per la conservazione, nel cimitero comunale, il cui servizio di custodia provvede a darne notizia al comune di residenza del defunto, ove conosciuto.
6. In caso di decesso dell'affidatario, chiunque rinvenga un'urna in un domicilio privato, è tenuto a consegnarla al cimitero comunale, il cui servizio di custodia provvede a darne notizia al comune di residenza del defunto, ove conosciuto.

Art. 4.

(Luoghi di dispersione delle ceneri)

1. Nel rispetto dei principi e delle tipologie dei luoghi di dispersione delle ceneri previsti dalla l. 130/2001, la dispersione delle ceneri è autorizzata in natura nei seguenti luoghi:
 - a) aree pubbliche, secondo la disciplina prevista dai comuni ai sensi dell'articolo 6, comma 2;
 - b) aree private, al di fuori dei centri abitati, con il consenso dei proprietari;
 - c) aree delimitate all'interno dei cimiteri che, se previsto dalla normativa comunale, possono anche assumere la funzione di cinerario comune ai sensi dell'articolo 80, comma 6, del d.p.r. 285/1990.
2. La dispersione delle ceneri in natura è consentita nei seguenti luoghi:
 - a) in montagna, a distanza di almeno duecento metri da centri ed insediamenti abitativi;
 - b) nei laghi, ad oltre cento metri dalla riva;
 - c) nei fiumi;
 - d) in mare;
 - e) in aree naturali ad una distanza di almeno duecento metri da centri ed insediamenti abitativi;
 - f) negli altri luoghi previsti dalla normativa statale.
3. La dispersione nei laghi, nei fiumi, in mare e in altri corsi d'acqua è consentita nei tratti liberi da manufatti e da natanti.
4. La dispersione è vietata nei centri abitati come definiti dall'articolo 3, comma 1, numero 8, del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 (Nuovo codice della strada).
5. È fatto divieto ai proprietari di aree private, ai loro familiari o aventi causa, di percepire alcun compenso o altra utilità in relazione all'assenso alla dispersione.
6. La dispersione delle ceneri è eseguita dai soggetti di cui al comma 7 dell'articolo 2.
7. I soggetti di cui al comma 6 sono tenuti a comunicare al comune di destinazione, con almeno dieci giorni di preavviso, le modalità per la dispersione delle ceneri.

8. Qualora il soggetto incaricato della dispersione delle ceneri sia il legale rappresentante o personale di associazioni che abbiano tra i propri fini statutari la cremazione dei cadaveri degli associati, deve consentire al coniuge o ai parenti del defunto di assistere alla dispersione.
9. Al di fuori dei cinerari comuni previsti nei cimiteri, è vietata la dispersione delle ceneri in edifici o in altri luoghi chiusi.

5 >

Art. 5

(Piano regionale di coordinamento)

(...) < 5

Art. 6

(Funzioni comunali)

6 -> < -6

2. I comuni, in osservanza dell'articolo 4 e sentiti anche gli altri enti pubblici competenti alla cura del territorio, disciplinano, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le modalità di dispersione delle ceneri nel proprio ambito territoriale.
3. La violazione delle disposizioni comunali di cui al comma 2, fatta salva l'applicabilità delle sanzioni penali, ove il fatto costituisca reato, comporta l'applicazione della sanzione amministrativa prevista dall'articolo 7 bis del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).
4. I comuni e loro forme associative disciplinano le strutture per il commiato, ai sensi dell'articolo 8.

Art. 7.

(Senso comunitario della morte)

1. Al fine di non perdere il senso comunitario della morte, nel caso di consegna dell'urna cineraria al soggetto affidatario e nel caso di dispersione delle ceneri, per volontà del defunto, espressa attraverso una delle modalità di cui all'articolo 3, comma 1, lettera b), della l. 130/2001, è realizzata nel cimitero apposita targa, individuale o collettiva, che riporta i dati anagrafici del defunto.

Art. 8.

(Strutture per il commiato)

1. I comuni e loro forme associative promuovono la realizzazione di strutture nell'ambito delle quali, su istanza del familiare del defunto, possono tenersi cerimonie per il commiato.
2. Tali strutture, che devono consentire l'accoglienza di persone e lo svolgimento dell'orazione funebre, nel rispetto della volontà del defunto e dei suoi familiari, possono essere utilizzate anche per l'esposizione e la veglia dei cadaveri.
- 7 => 3. Le strutture per il commiato, realizzate da soggetti pubblici o privati autorizzati all'esercizio dell'attività funebre, sono in ogni caso fruibili da chiunque ne faccia richiesta, senza discriminazioni di alcun tipo in ordine all'accesso, fermo restando l'obbligo previsto dalla normativa statale e regionale in capo alle strutture pubbliche e private che sono tenute a garantire il servizio di camera mortuaria al soggetto deceduto presso le medesime strutture, nel caso in cui i familiari non optino per la struttura del commiato. < = 7
4. Nell'esercizio delle attività di cui al comma 2, le strutture devono essere in possesso

di caratteristiche igienico-sanitarie previste per le camere mortuarie dalla normativa statale e regionale in materia, che si applica anche in relazione alle pratiche di rilevazione delle manifestazioni di vita.

8+>4 bis. Le strutture per il commiato non possono essere collocate nell'ambito di strutture obitoriali, di strutture sanitarie pubbliche o private o nelle loro immediate vicinanze, né di strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali. I comuni stabiliscono l'ubicazione delle strutture per il commiato. <+8

Art. 9. *(Informazione)*

1. La Regione, in cooperazione con le strutture sanitarie presenti sul territorio, i comuni e loro forme associative, promuove l'informazione sulle diverse pratiche funerarie.

9>

Art. 10 *(Formazione)*

(...) <9

Art. 11. *(Cremazione in casi di indigenza)*

1. Il Comune di ultima residenza del defunto, indipendentemente dal luogo nel quale avviene la cremazione, nei casi di accertata indigenza del defunto può sostenere, ai sensi della normativa statale vigente, gli oneri e le spese derivanti dalla cremazione e dai relativi adempimenti cimiteriali.

Art. 12. *(Tumulazione in località differenti dal cimitero)*

1. Nell'ambito delle competenze in materie di polizia mortuaria, conferite alle regioni ai sensi dell'articolo 114 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) e della Tabella A, lettera c), del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 maggio 2000 (Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112), la Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, determina con propria deliberazione le modalità per il rilascio delle autorizzazioni concernenti l'individuazione di siti idonei a sede di tumulazione privilegiata, nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 105 del d.p.r. 285/1990.

Art. 13. *(Norma finanziaria)*

1. Per l'attuazione della presente legge, dall'esercizio finanziario 2008, alla spesa corrente stimata in 30.000,00 euro, in termini di competenza, nell'ambito della unità previsionale di base (UPB) 27991 (Sanità pubblica Direzione Titolo I: spese correnti) del bilancio pluriennale 2007-2009, si provvede secondo le modalità previste dall'articolo 8 della legge regionale 11 aprile 2001, n. 7 (Ordinamento contabile della Regione Piemonte) e dall'articolo 30 della legge regionale 4 marzo 2003, n. 2 (Legge finanziaria per l'anno 2003).

Art. 14.
(Norma abrogativa)

1. La legge regionale 9 dicembre 2003, n. 33 (Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri), è abrogata.

Art. 15.
(Dichiarazione d'urgenza)

1. La presente legge regionale è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 47 dello Statuto ed entra in vigore nel giorno stesso della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

⁼¹ Titolo modificato dall'[art. 51 della l.r. 3/2015.](#)

⁼² Sostituito dall'[art. 51 della l.r. 3/2015.](#)

⁺³ Aggiunto dall'[art. 51 della l.r. 3/2015.](#)

⁺⁴ Aggiunto dall'[art. 51 della l.r. 3/2015.](#)

⁵ Articolo abrogato dall'[art. 16 della l.r. 15/2011.](#)

⁻⁶ Abrogato dall'[art. 16 della l.r. 15/2011.](#)

⁼⁷ Sostituito dall'[art. 12 della l.r. 15/2011.](#)

⁺⁸ Aggiunto dall'[art. 12 della l.r. 15/2011.](#)

⁹ Articolo abrogato dall'[art. 16 della l.r. 15/2011.](#)



24 gen

Consiglio dei Ministri. Comunicato stampa del 23 gennaio 2020. Nomine Corte dei Conti.

venerdì 24 gennaio 2020 [Consiglio dei Ministri](#) Contenuto pubblico

Il Consiglio dei Ministri si è riunito oggi, giovedì 23 gennaio 2020, alle ore 21.30 a Palazzo Chigi, sotto la presidenza del Presidente Giuseppe Conte. Segretario il Sottosegretario alla Presidenza Riccardo Fraccaro.

TAGLIO DEL CUNEO FISCALE

Misure urgenti per la riduzione della pressione fiscale sul lavoro dipendente (decreto-legge)

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente Giuseppe Conte e del Ministro dell'economia e delle finanze Roberto Gualtieri, ha approvato un decreto-legge che introduce misure urgenti per la riduzione della pressione fiscale sul lavoro dipendente.

Il decreto, in attuazione della legge di bilancio per il 2020 (legge 27 dicembre 2019, n. 160) che ha stanziato 3 miliardi di euro per il 2020 per la riduzione del cuneo fiscale sugli stipendi dei lavoratori dipendenti, interviene per rideterminare l'importo ed estendere la platea dei percettori dell'attuale "bonus Irpef".

Dal 1° luglio 2020, il bonus di 80 euro aumenta quindi a 100 euro mensili per chi ha un reddito annuo fino a 26.600 euro lordi. Coloro che percepiscono un reddito da 26.600 euro a 28.000 euro, beneficeranno per la prima volta di un incremento di 100 euro al mese in busta paga. Per i redditi a partire da 28.000 euro, si introduce invece una detrazione fiscale equivalente che decresce fino ad arrivare al valore di 80 euro in corrispondenza di un reddito di 35.000 euro lordi. Oltre questa soglia, l'importo del beneficio continua a decrescere fino ad azzerarsi al raggiungimento dei 40.000 euro di reddito.

In questo modo, la platea dei beneficiari passa da 11,7 a 16 milioni di lavoratori.

LEGGE DI DELEGAZIONE EUROPEA 2019

Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019 (disegno di legge – esame definitivo)

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari europei Vincenzo Amendola, ha approvato, in esame definitivo, un disegno di legge che delega il Governo al recepimento delle direttive europee e all'attuazione di altri atti dell'Unione europea (Legge di delegazione europea 2019).

Tra i principali provvedimenti da attuare:

- la direttiva (UE) 2018/1808 sui servizi di media audiovisivi ("direttiva SMAV"), che ha tra gli obiettivi il rafforzamento della tutela dei minori e dei consumatori, la lotta contro l'incitamento all'odio in tutti i contenuti audiovisivi, lo sviluppo dell'alfabetizzazione mediatica, l'accessibilità ai contenuti digitali da parte delle persone con disabilità;
- la direttiva (UE) 2018/1972 che istituisce il Codice europeo delle comunicazioni elettroniche e stabilisce un quadro aggiornato ed armonizzato della disciplina delle reti e dei servizi di comunicazione elettronica e delle risorse e dei servizi correlati;
- la direttiva (UE) 2018/2001 sulla promozione dell'uso dell'energia da fonti rinnovabili;
- la direttiva (UE) 2019/633 in materia di pratiche commerciali sleali nei rapporti tra imprese nella filiera agricola e alimentare;

- la direttiva (UE) 2019/879 sulla capacità di assorbimento di perdite e di ricapitalizzazione degli enti creditizi e delle imprese di investimento;
- la direttiva (UE) 2019/944 sul mercato interno dell'energia elettrica.
- *****

LOTTA CONTRO LE FRODI FINANZIARIE NELL'UNIONE EUROPEA

Attuazione della direttiva (UE) 2017/1371, relativa alla lotta contro la frode che lede gli interessi finanziari dell'Unione mediante il diritto penale (decreto legislativo – esame preliminare)

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari europei Vincenzo Amendola e del Ministro della giustizia Alfonso Bonafede, ha approvato, in esame preliminare, un decreto legislativo di attuazione della direttiva (UE) 2017/1371, relativa alla lotta contro la frode che lede gli interessi finanziari dell'Unione mediante il diritto penale.

La direttiva sostituisce precedenti convenzioni di disciplina della materia e prosegue sulla scia di altri interventi di armonizzazione del diritto penale degli Stati membri completando, per i tipi di condotte fraudolente più gravi nel settore finanziario, la tutela degli interessi finanziari dell'Unione ai sensi del diritto amministrativo e del diritto civile.

Il decreto modifica quindi la disciplina dei reati tributari sulla responsabilità amministrativa delle società per i reati commessi dalle persone fisiche nel loro interesse o vantaggio.

Tra le novità:

- si prevede di punire anche le ipotesi di delitto tentato (e non solo consumato) per i reati fiscali che presentano l'elemento della transnazionalità, se l'imposta IVA evasa non sia inferiore a 10 milioni di euro;
- si amplia il catalogo dei reati tributari per i quali è considerata responsabile anche la società (ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231) includendovi ora i delitti di dichiarazione infedele, di omessa dichiarazione e di indebita compensazione;
- si estende la responsabilità delle società anche ai delitti di frode nelle pubbliche forniture, al reato di frode in agricoltura (art. 2 della legge n. 898 del 1986) e al reato di contrabbando, modulando la sanzione a seconda che il reato ecceda o meno la soglia di 100.000 euro. Infine, si è ampliato il panorama dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui possono rispondere le società, includendovi il delitto di peculato e quello di abuso d'ufficio.
- Per quanto riguarda gli altri settori del diritto penale si interviene su alcune fattispecie di corruzione, includendovi anche i casi in cui siano sottratti denaro o utilità al bilancio dell'Unione o ad altri suoi organismi, con danno superiore a 100.000 euro con la pena massima aumentata fino a 4 anni di reclusione e si estende la punibilità a titolo di corruzione dei pubblici ufficiali e degli incaricati di pubblico servizio di Stati non appartenenti all'Unione europea, quando i fatti ledono o pongono in pericolo gli interessi finanziari dell'Unione.

MERCATO DEL GAS NATURALE

Attuazione della direttiva 2019/692 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019 che modifica la direttiva 2009/73/CE relativa a norme comuni per il mercato interno del gas naturale (decreto legislativo – esame preliminare)

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari europei Vincenzo Amendola e del Ministro dello sviluppo economico Stefano Patuanelli, ha approvato, in esame preliminare, un decreto legislativo di attuazione della direttiva 2019/692 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019 che modifica la direttiva 2009/73/CE relativa a norme comuni per il mercato interno del gas naturale.

Le modifiche introdotte mirano, tra l'altro, ad assicurare che le norme applicabili ai gasdotti di trasporto che collegano due o più Stati membri siano applicabili anche ai gasdotti di trasporto che collegano l'Unione con i paesi terzi.

L'obiettivo è di rafforzare il mercato interno del gas naturale nell'Unione europea, garantire coerenza del quadro giuridico e, soprattutto, evitare distorsioni della concorrenza e ripercussioni negative sulla sicurezza dell'approvvigionamento del gas.

QUALIFICAZIONE E FORMAZIONE DEI CONDUCENTI DI VEICOLI ADIBITI AL TRASPORTO MERCI O PASSEGGERI

Recepimento della direttiva (UE) 2018/645 che modifica la direttiva 2003/59/CE sulla qualificazione iniziale e formazione periodica dei conducenti di taluni veicoli stradali adibiti al trasporto di merci o passeggeri e la direttiva 2006/126/CE concernente la patente di guida (decreto legislativo – esame preliminare)

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari europei Vincenzo Amendola e del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti Paola De Micheli, ha approvato, in esame preliminare, un decreto legislativo che recepisce la direttiva (UE) 2018/645 di modifica della direttiva 2003/59/CE sulla qualificazione iniziale e formazione periodica dei conducenti di taluni veicoli stradali adibiti al trasporto di merci o passeggeri e della direttiva 2006/126/CE concernente la patente di guida.

La direttiva amplia gli obblighi di qualificazione, prima previsti solo per i conducenti che effettuavano professionalmente trasporto di persone e di cose su veicoli per la cui guida è richiesta la patente delle categorie C1, C, C1E, CE, D1, D, D1E, DE, eliminando il riferimento all'attività di guida professionale ed estendendo così gli obblighi a tutti i conducenti di veicoli la cui guida richieda le patenti citate.

Inoltre, il decreto prevede che gli Stati membri si scambino reciprocamente le informazioni in materia di qualificazione dei conducenti tramite specifica rete informatica e determina la cadenza periodica dei corsi di formazione necessari per mantenere le abilitazioni conseguite.

OBBLIGHI IN MATERIA DI I.V.A. PER LE PRESTAZIONI DI SERVIZI E LE VENDITE A DISTANZA DI BENI

Attuazione dell'articolo 1 della direttiva (UE) 2017/2455 del Consiglio del 5 dicembre 2017 che modifica la direttiva 2006/112/CE e la direttiva 2009/132/CE per quanto riguarda taluni obblighi in materia di imposta sul valore aggiunto per le prestazioni di servizi e le vendite a distanza di beni (decreto legislativo – esame preliminare)

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari europei Vincenzo Amendola e del Ministro dell'economia e delle finanze Roberto Gualtieri, ha approvato, in esame preliminare, un decreto legislativo di attuazione dell'articolo 1 della direttiva (UE) 2017/2455 del Consiglio del 5 dicembre 2017 che modifica la direttiva 2006/112/CE e la direttiva 2009/132/CE per quanto riguarda taluni obblighi in materia di imposta sul valore aggiunto per le prestazioni di servizi e le vendite a distanza di beni.

Le nuove disposizioni sono volte a ridurre gli oneri connessi alla fornitura intra-UE dei servizi di telecomunicazione, di teleradiodiffusione e di quelli forniti per via elettronica resi nei confronti di committenti non soggetti passivi d'imposta, anche ampliando il novero dei prestatori di tali servizi che possono accedere al regime speciale del "mini sportello unico" (conosciuto come MOSS, acronimo di "Mini One Stop Shop").

In particolare, la direttiva ha introdotto una soglia a livello unionale entro la quale i servizi delle categorie già elencate, resi per via elettronica, forniti in Stati membri diversi da quello di stabilimento del prestatore, sono imponibili ai fini IVA nello Stato di stabilimento, derogando quindi ai criteri di territorialità previsti in via generale laddove rese nei confronti di committenti non soggetti passivi.

Allo stesso tempo si è introdotto l'obbligo, nel caso in cui si sia optato per l'utilizzo del regime MOSS, dell'adozione delle norme in materia di fatturazione dello Stato membro di identificazione del prestatore. Quest'ultimo, quindi, sebbene fornisca servizi in più di uno Stato della UE, dovrà rispettare le regole di fatturazione di un unico Stato membro, quello di identificazione.

PROVVEDIMENTI DI PROTEZIONE CIVILE

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente Giuseppe Conte, ha deliberato, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 24 ottobre 2019 n. 123 un ulteriore stanziamento di circa 345 milioni di euro per il proseguimento dell'attuazione degli interventi finalizzati all'assistenza alla popolazione che ancora non può rientrare nelle proprie abitazioni, garantendo altresì le occorrenti misure emergenziali volte alla ripresa delle normali condizioni di vita e al superamento della grave situazione che si è determinata a seguito degli eccezionali eventi sismici che a partire dal 24 agosto 2016 hanno interessato il territorio delle regioni Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria.

Inoltre, all'esito degli ulteriori approfondimenti circa l'effettivo impatto degli eventi, ha deliberato:

- un ulteriore stanziamento di 25,4 milioni di euro per la realizzazione degli interventi nei territori della regione Emilia-Romagna interessati dagli eccezionali eventi meteorologici che si sono verificati nel mese di maggio 2019;
- un ulteriore stanziamento di circa 3 milioni di euro per la realizzazione degli interventi nei territori delle province di Bologna, di Modena e di Reggio Emilia interessati dagli eccezionali eventi meteorologici che si sono verificati il 22 giugno 2019.
- *****

RELAZIONE PROGRAMMATICA SULLA PARTECIPAZIONE DELL'ITALIA ALL'UNIONE EUROPEA PER L'ANNO 2020

Il Consiglio dei Ministri ha condiviso la Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020, presentata dal Ministro per gli affari europei Vincenzo Amendola, che dà conto degli orientamenti e delle priorità che l'Esecutivo intende perseguire con riferimento agli sviluppi del processo di integrazione europea. La relazione verrà presentata al Parlamento, secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge 24 dicembre 2012, n. 234.

BONIFICA AMBIENTALE NELL'ISOLA DE LA MADDALENA

Il Consiglio dei Ministri, visto il nulla osta del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare Sergio Costa e del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti Paola De Micheli, nonché del parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, ha deliberato in favore della richiesta del Commissario straordinario di governo per la bonifica e la rigenerazione urbana Christian Solinas, di procedere alla ripermimetrazione dell'area di rilevante interesse nazionale individuata con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 8 maggio 2018 e denominata "Arsenale militare e area militare contigua Molo Carbone" al fine di includervi l'area urbana nonché lo specchio d'acqua antistante Cala Camicia. All'esame della questione ha partecipato lo stesso Commissario, in qualità di Presidente della Regione Sardegna.

NOMINE

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato:

- su proposta del Presidente Giuseppe Conte, il conferimento alla dottoressa Silvia COSTA dell'incarico di Commissario straordinario del Governo per il recupero dell'ex carcere borbonico dell'isola di Santo Stefano (Ventotene), a norma dell'articolo 11 della legge n. 400 del 1988;
- su proposta del Presidente Giuseppe Conte, la nomina del prof. Francesco RIVA a componente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro - in rappresentanza della categoria "lavoratori dipendenti", in sostituzione dell'ing. Tommaso di Fazio;
- **Inoltre, il Consiglio dei Ministri, vista la delibera del Consiglio di Presidenza della Corte dei conti,** è stato sentito in merito alla proposta del Presidente Giuseppe Conte per la promozione a Presidente di Sezione della stessa Corte dei Consiglieri Lucilla VALENTE, Presidente della Sezione di controllo della Regione Molise, Vittorio RAELI, Presidente della Sezione con funzioni di Procuratore della Regione Basilicata, e Piergiorgio DELLA VENTURA, Presidente della Sezione di controllo per la Regione Valle d'Aosta.

LEGGI REGIONALI

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie Francesco Boccia, ha esaminato ventisette leggi delle Regioni e delle Province autonome, e ha quindi deliberato:

■ di impugnare

- la legge della Regione Toscana n. 69 del 22/11/2019, recante "Disposizioni in materia di governo del territorio. Adeguamenti alla normativa statale in materia di edilizia e di sismica. Modifiche alle leggi regionali 65/2014, 64/2009, 5/2010 e 35/2015" in quanto alcune norme in materia di permessi e interventi edilizi, anche in zone sismiche, violano i principi di uguaglianza di ragionevolezza di cui agli articoli 3 e 97 della Costituzione, nonché l'articolo 32, che garantisce il diritto alla salute, e l'art. 117, terzo comma, della Costituzione, in relazione alle materie "governo del territorio" "protezione civile" e "tutela della salute";

- la legge della Regione Toscana n. 70 del 25/11/2019, recante “Disposizioni urgenti per il rafforzamento delle funzioni della polizia provinciale e della polizia della Città metropolitana di Firenze e per il contenimento degli ungulati in aree urbane e ulteriori disposizioni in materia di istituti faunistico venatori. Modifiche alla l.r. 3/1994 e alla l.r. 22/2015”, in quanto una norma riguardante i soggetti legittimati ad attuare le misure di controllo faunistico viola il secondo comma, lettera s), dell’art. 117 della Costituzione, che attribuisce allo Stato la competenza legislativa esclusiva in materia di tutela dell’ambiente e dell’ecosistema;
- la legge della Regione Basilicata n. 26 del 28/11/2019, recante “Modifiche ed integrazioni alla L.R. 30 aprile 2014, n. 7”, in quanto alcune disposizioni riguardanti i **servizi di Trasporto pubblico locale** si pongono in contrasto con l’articolo 117, primo e secondo comma, lett. e), della Costituzione, che impone il rispetto dei vincoli derivanti dall’ordinamento comunitario e riserva allo Stato la competenza in materia di tutela della concorrenza.
- la legge della Regione Calabria n. 48 del 29/11/2019, recante “Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria”, in quanto una norma riguardante l’esercizio dell’attività di impresa funebre viola il principio di libera concorrenza, in violazione dell’art. 117, secondo comma, lett. e), della Costituzione; altre norme riguardanti la cremazione e la dispersione delle ceneri invadono la competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, come previsto dall’art. 117, secondo comma, lett. l) ed m), della Costituzione;
- la legge della Regione Veneto n. 44 del 25/11/2019, recante “Collegato alla legge di stabilità regionale 2020”, in quanto una norma riguardante il contratto di formazione specialistica dei medici contrasta con i principi fondamentali dettati dal legislatore statale in materia di «tutela della salute», in violazione dell’art. 117, terzo comma, della Costituzione, e del principio costituzionale di uguaglianza sancito all’articolo 3 della Costituzione; un’altra norma riguardante il trattamento economico accessorio del personale sanitario invade la materia dell’ordinamento civile di cui all’art. 117, secondo comma, lett. l), della Costituzione, violando altresì il principio di uguaglianza sancito dall’art. 3 della Costituzione, e i principi di coordinamento della finanza pubblica di cui all’art. 117, terzo comma, della Costituzione. Un’altra norma infine in materia di assunzioni di personale regionale invade la materia dell’ordinamento civile, di esclusiva competenza dello Stato, ex art. 117, comma 2, lett. l), della Costituzione.
- la legge della Regione Puglia n. 52 del 30/11/2019, recante “Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019 – 2021, in quanto una norma riguardante le procedure concorsuali per l’assunzione del personale dirigente sanitario contrasta con l’articolo 117, secondo comma, lett. l) della Costituzione, sotto il profilo dell’ordinamento civile e 117, terzo comma, sotto il profilo della tutela della salute; un’altra norma relativa alla ricostituzione dell’attività agricola nelle **aree colpite da Xylella** invade la competenza riservata allo Stato in materia di tutela dei beni culturali e del paesaggio, in violazione dell’articolo 117, secondo comma, lett. s) della Costituzione; un’altra norma ancora introduce previsioni per gli specialisti ambulatoriali che violano l’art. 117, secondo comma, lett. l), della Costituzione, sotto il profilo dell’ordinamento civile; altre disposizioni in materia di pianificazione paesaggistica invadono la competenza statale in materia di tutela dei beni culturali e del paesaggio, in violazione dell’art. 117, secondo comma, lett. s) della Costituzione; un’altra norma prevede un livello ulteriore di assistenza sanitaria che si pone in contrasto con il piano di rientro, in violazione dei principi di coordinamento della finanza pubblica di cui all’art. 117, terzo comma, della Costituzione; un’ultima norma infine riguardante l’accreditamento delle strutture sanitarie deroga ai principi fondamentali posti dalla legge statale in materia di tutela della salute, in violazione dell’art. 117, terzo comma, della Costituzione;
- la legge della Regione Siciliana n. 19 del 28/11/2019, recante “Disposizioni per la rideterminazione degli assegni vitalizi”. in quanto alcune disposizioni riguardanti i trattamenti previdenziali e i vitalizi del Presidente della Regione, dei Consiglieri e degli Assessori regionali violano il principio di uguaglianza e ragionevolezza, sancito dall’art. 3 della Costituzione, nonché i principi di coordinamento della finanza pubblica e di leale collaborazione cui agli articoli 117, terzo comma, e 120 della Costituzione;

■ **di non impugnare**

- la legge della Regione Abruzzo n. 39 del 21/11/2019, recante “Compartecipazione della Regione Abruzzo per la valorizzazione, il recupero e il miglioramento ambientale delle opere irrigue nel Fucino

ed altre disposizioni urgenti”;

- la legge della Regione Basilicata n. 23 del 27/11/2019, recante “Rendiconto per l’esercizio finanziario 2018 dell’Ente Parco Naturale Regionale del Vulture”;
- la legge della Regione Basilicata n. 24 del 28/11/2019, recante “Rendiconto per l’esercizio finanziario 2018 dell’Agenzia Lucana di Sviluppo e di Innovazione in Agricoltura (A.L.S.I.A.)”;
- la legge della Regione Basilicata n. 25 del 28/11/2019, recante “Prima Variazione al bilancio di previsione pluriennale 2019/2021”;
- la legge della Regione Marche n. 37 del 18/11/2019, recante “Modificazioni alla legislazione regionale in materia istituzionale”;
- Legge Regione Marche n. 38 del 18/11/2019, recante “Disposizioni in materia di equo compenso”;
- la legge della Regione Toscana n. 71 del 26/11/2019, recante “Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo”;
- la legge della Regione Emilia Romagna n. 24 del 29/11/2019, recante “Nuove misure organizzative per prevenire conflitti di interessi nel sistema delle amministrazioni regionali dell’Emilia-Romagna. Modifiche alla legge regionale n. 43 del 2001”;
- la legge della Regione Emilia Romagna n. 25 del 29/11/2019, recante “Ratifica intesa interregionale tra le regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Piemonte per l’esercizio delle funzioni amministrative regionali in materia di navigazione interna interregionale sul fiume po e idrovie collegate e abrogazione della legge regionale n. 11 del 7 marzo 1995”;
- la legge della Regione Emilia Romagna n. 26 del 29/11/2019, recante “Disposizioni concernenti le aziende e i beni confiscati e sequestrati alla criminalità organizzata. Modifiche alle leggi regionali 28 ottobre 2016, n. 18 (Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell’economia responsabili) e 22 ottobre 2018, n. 15 (Legge sulla partecipazione all’elaborazione delle politiche pubbliche. Abrogazione della legge regionale 9 febbraio 2010, n. 3)”;
- la legge della Regione Emilia Romagna n. 27 del 29/11/2019, recante “Norme per la trasparenza dell’attività di rappresentanza di interessi nel processo legislativo e amministrativo”;
- la legge della Regione Emilia Romagna n. 28 del 29/11/2019, recante “Misure regionali per la prevenzione, il contrasto e la soluzione dei fenomeni di sovraindebitamento”;
- la legge della Regione Lombardia n. 18 del 26/11/2019, recante “Misure di semplificazione e incentivazione per la rigenerazione urbana e territoriale, nonché per il recupero del patrimonio edilizio esistente. Modifiche e integrazioni alla legge regionale 11 marzo 2005, n. 12 (Legge per il governo del territorio) e ad altre leggi regionali”;
- la legge della Regione Veneto n. 45 del 25/11/2019, recante “Legge di stabilità regionale 2020”;
- la legge della Regione Veneto n. 46 del 25/11/2019, recante “Bilancio di previsione 2020-2022”;
- la legge della Regione Puglia n. 51 del 29/11/2019, recante “Rendiconto generale della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2018”;
- la legge della Regione Campania n. 22 del 02/12/2019, recante “Variazione al Bilancio di previsione finanziario per il triennio 2019-2021”;
- la legge della Regione Lombardia n. 19 del 29/11/2019, recante “Disciplina della programmazione negoziata di interesse regionale”;
- la legge della Regione Lombardia n. 20 del 29/11/2019, recante “Riconoscimento di debiti fuori bilancio”;
- la legge della Regione Marche n. 39 del 02/12/2019, recante “Assestamento del bilancio di previsione 2019/2021”.

Il Consiglio dei Ministri è terminato alle 22.50.

© Copyright 2017 SEBA S.a.s. P.IVA 07511321007

Realizzazione Sito Web a cura di Arkomedia Web Agency Roma

[Home \(/\)](#) / [Banche dati \(/banche-dati/\)](#)

Dettaglio Legge Regionale

Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria. (29-11-2019)

Regione: Calabria

Estremi: Legge n.48 del 29-11-2019

Bur: n.133 del 29-11-2019

Settore: Politiche socio sanitarie e culturali

Delibera C.d.M. del: / Rinuncia impugnativa

Motivi della rinuncia:

Delibera C.d.M. del: 23-1-2020 / Impugnata

La legge della regione Calabria n. 48 del 29/11/2019, recante "Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria", presenta profili d'illegittimità costituzionale.

Si premette che la legge in oggetto ripropone disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria che erano già contenute nella legge regionale della Calabria n. 22 del 26 giugno 2018 (recante, peraltro, la medesima rubrica "Disposizioni in materia funeraria e di polizia mortuaria"), e per le quali il Consiglio dei ministri, nella riunione dell'8 agosto 2018, aveva deliberato l'impugnativa dinanzi alla Corte Costituzionale.

Tale legge è stata successivamente interamente abrogata dalla legge regionale 30 aprile 2019, n. 7, inducendo il Governo a rinunciare al ricorso (con delibera del Consiglio dei ministri del 19 giugno 2019).

La legge oggi in disamina si compone dei seguenti cinque titoli:

I. Finalità e definizioni

II. Competenze e attribuzioni

III. Disciplina dell'attività funebre

IV. Disciplina della cremazione

V. Disposizioni di adeguamento e finali.

Le norme contenute nei menzionati titoli presentano alcune delle criticità di ordine costituzionale evidenziate nell'atto di impugnativa della menzionata legge regionale n. 22 del 2018.

Analogamente a quanto già evidenziato con riferimento a quest'ultima legge, anche l'atto normativo in oggetto ricalca, in parte, il disegno di legge Atto Senato n. 2492 - Disciplina delle attività nel settore funerario e disposizioni in materia di dispersione e conservazione delle ceneri - presentato in data 21 luglio 2016 ed il cui ultimo esame risale al mese di ottobre del 2017.

Ancora una volta il legislatore regionale si sostituisce a quello statale nel dettare, all'art. 2,

principi generali, definizioni e qualificazioni che avrebbero dovuto - in realtà - costituire il perimetro (statale) all'interno del quale le regioni sarebbero state chiamate a svolgere "compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo", ai sensi dell' art. 3 del disegno di legge n. 2492.

La cornice normativa di riferimento nella materia in esame è costituita da varie fonti statali, così stratificatesi nel tempo:

- a) regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie." (articolo 343);
- b) codice civile (disposizioni concernenti gli atti di disposizione del proprio corpo, ex art. 5; testamento, art. 587 e segg.);
- c) d.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria." (articoli 78-81);
- d) legge 30 marzo 2001, n. 130, recante "Disposizioni in materia di cremazione e dispersioni delle ceneri." (articolo 3).

Ciò premesso, la legge regionale ripropone alcune norme riguardanti sia l'esercizio dell'attività di impresa funebre sia la cremazione che, rispettivamente, violano il principio di libera concorrenza, e invadono la competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, di cui all'art. 117, secondo comma, lett. e), l) ed m), della Costituzione.

In particolare.

1) l'art. 8, che individua i requisiti dell'impresa funebre e dei soggetti a essa collegati, al comma 1, prevede l'obbligo di un'assunzione stabile da parte dell'impresa funebre di un responsabile abilitato alla transazione delle pratiche amministrative e degli affari. Tale norma restringe indebitamente l'accesso al mercato funebre e si pone in contrasto con quanto stabilito dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato con parere AS 1153 del 6 novembre 2014, nel parere reso in ordine alla legge regionale della Campania n. 12/2001, recante "Codice delle attività e delle imprese funebri", come modificata dalla l.r. 25 luglio 2013, n. 7. Alla stregua di detta pronuncia "l'imposizione di un rapporto di lavoro continuativo del lavoratore costituisce un vincolo organizzativo rigido, suscettibile di restringere indebitamente l'accesso al mercato". Ne consegue la violazione del principio di libera concorrenza, materia demandata alla legislazione esclusiva statale dall'art. 117, secondo comma, lettera e), della Costituzione.

2) Le disposizioni di cui al Titolo IV, che disciplina la cremazione, e in particolare le disposizioni contenute nell'art. 16 (che costituisce l'unico articolo del Titolo IV), concernenti l'affidamento, la custodia e la dispersione delle ceneri, si sovrappongono, indebitamente, e senza richiamarla, alla previsione contenuta nell'art. 3 della legge 30 marzo 2001, n. 130 recante "Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri". Invero, si tratta di materia di competenza esclusiva statale, che afferisce all'ordinamento civile ed alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. l) ed m), della Costituzione.

Il menzionato art. 3 della l.l. n. 130 del 1001, che apporta modifiche al regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, prevede in particolare quanto segue:

“1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della sanità, sentiti il Ministro dell'interno e il Ministro della giustizia, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, si provvede alla modifica del regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, sulla base dei seguenti principi:

a) l'autorizzazione alla cremazione spetta all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, che la rilascia acquisito un certificato in carta libera del medico necroscopo dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato ovvero, in caso di morte improvvisa o sospetta segnalata all'autorità giudiziaria, il nulla osta della stessa autorità giudiziaria, recante specifica indicazione che il cadavere può essere cremato;

b) l'autorizzazione alla cremazione è concessa nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari attraverso una delle seguenti modalità:

1) la disposizione testamentaria del defunto, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione fatta in data successiva a quella della disposizione testamentaria stessa;

2) l'iscrizione, certificata dal rappresentante legale, ad associazioni riconosciute che abbiano tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto fatta in data successiva a quella dell'iscrizione all'associazione. L'iscrizione alle associazioni di cui al presente numero vale anche contro il parere dei familiari;

3) in mancanza della disposizione testamentaria, o di qualsiasi altra espressione di volontà da parte del defunto, la volontà del coniuge o, in difetto, del parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del codice civile e, in caso di concorrenza di più parenti dello stesso grado, della maggioranza assoluta di essi, manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso o di residenza. Nel caso in cui la volontà sia stata manifestata all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, questi inoltra immediatamente il relativo processo verbale all'ufficiale dello stato civile del comune di ultima residenza del defunto;

4) la volontà manifestata dai legali rappresentanti per i minori e per le persone interdette;

c) la dispersione delle ceneri è consentita, nel rispetto della volontà del defunto, unicamente in aree a ciò appositamente destinate all'interno dei cimiteri o in natura o in aree private; la dispersione in aree private deve avvenire all'aperto e con il consenso dei proprietari, e non può comunque dare luogo ad attività aventi fini di lucro; la dispersione delle ceneri è in ogni caso vietata nei centri abitati, come definiti dall'articolo 3, comma 1, numero 8), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 (Nuovo codice della strada); la dispersione in mare, nei laghi e nei fiumi è consentita nei tratti liberi da natanti e da manufatti;

d) la dispersione delle ceneri è eseguita dal coniuge o da altro familiare avente diritto, dall'esecutore testamentario o dal rappresentante legale dell'associazione di cui alla lettera b), numero 2), cui il defunto risultava iscritto o, in mancanza, dal personale autorizzato dal comune;

e) fermo restando l'obbligo di sigillare l'urna, le modalità di conservazione delle ceneri devono consentire l'identificazione dei dati anagrafici del defunto e sono disciplinate prevedendo, nel

- rispetto della volontà espressa dal defunto, alternativamente, la tumulazione, l'interramento o l'affidamento ai familiari;
- f) il trasporto delle urne contenenti le ceneri non è soggetto alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto delle salme, salvo diversa indicazione dell'autorità sanitaria;
- g) l'ufficiale dello stato civile, previo assenso dei soggetti di cui alla lettera b), numero 3), o, in caso di loro irreperibilità, dopo trenta giorni dalla pubblicazione nell'albo pretorio del comune di uno specifico avviso, autorizza la cremazione delle salme inumate da almeno dieci anni e delle salme tumulate da almeno venti anni;
- h) obbligo per il medico necroscopo di raccogliere dal cadavere, e conservare per un periodo minimo di dieci anni, campioni di liquidi biologici ed annessi cutanei, a prescindere dalla pratica funeraria prescelta, per eventuali indagini per causa di giustizia;
- i) predisposizione di sale attigue ai crematori per consentire il rispetto dei riti di commemorazione del defunto e un dignitoso commiato”.

Si precisa, al riguardo, che nonostante il regolamento previsto dall'art.3 della legge n. 130/2001 non sia stato adottato, il Consiglio di Stato, in sede consultiva, ha chiarito - con parere reso nell'Adunanza della Sezione Prima del 29 ottobre 2003, n. 2957, che si ritiene di condividere - quale sia il valore delle riferite disposizioni legislative:

"(omissis) Si premette che la legge 30 marzo 2001, n. 130, recante disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri, non è una legge delega, come tale inapplicabile in carenza di esercizio della delega, ma una legge ordinaria, diretta ad innovare la normativa vigente in materia di cremazione e in particolare il regolamento di polizia mortuaria approvato con d.P.R. 10 settembre 1990, n. 285. E' bensì vero che a tale scopo la legge si affida alla emanazione di un successivo regolamento per dare piena attuazione ai principi e alle regole dettate dall'art. 3 della stessa legge, ma non è sostenibile che, decorso ormai ampiamente il termine stabilito di sei mesi dalla data di entrata in vigore, la mancata emanazione del regolamento privi la legge di qualsiasi efficacia, specialmente in ordine alla normativa preesistente di rango secondario. Le disposizioni legislative di mero principio costituiscono comunque criterio interpretativo delle norme previgenti e quelle alle quali può riconoscersi efficacia precettiva per compiutezza di disciplina (self executing) devono ritenersi senz'altro applicabili."

Peraltro, la legge n. 130/2001, all'art. 6, riserva alle regioni compiti di programmazione e coordinamento per la costruzione e gestione dei crematori. Detto art. 6 prevede infatti che “1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni elaborano piani regionali di coordinamento per la realizzazione dei crematori da parte dei comuni, anche in associazione tra essi, tenendo conto della popolazione residente, dell'indice di mortalità e dei dati statistici sulla scelta crematoria da parte dei cittadini di ciascun territorio comunale, prevedendo, di norma, la realizzazione di almeno un crematorio per regione. 2. La gestione dei crematori spetta ai comuni, che la esercitano attraverso una delle forme previste dall'articolo 113 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267. 3. Agli oneri connessi alla realizzazione ed alla gestione dei crematori si provvede anche con i proventi derivanti dalle tariffe di cui all'articolo 5, comma 2”. Si ritiene, pertanto, che l'art. 16 della legge in disamina, sovrapponendosi alla legge statale, senza neanche richiamarla, invada le materie di competenza esclusiva statale di cui all'art. 117, secondo comma, lettere l) e m), della Costituzione.

Per i motivi esposti, le norme regionali sopra indicate devono essere impugnate dinanzi alla Corte Costituzionale ai sensi dell'art. 127 della Costituzione.

« Indietro

Tag Cloud

AUTONOMIE (/TAG?TAG=AUTONOMIE) COMUNI (/TAG?TAG=COMUNI) COMUNI MONTANI (/TAG?TAG=COMUNI MONTANI) DIPARTIMENTO AFFARI REGIONALI (/TAG?TAG=DIPARTIMENTO AFFARI REGIONALI) **MINISTRO GELMINI (/TAG?TAG=MINISTRO GELMINI) MINORANZE LINGUISTICHE (/TAG?TAG=MINORANZE LINGUISTICHE)** MONTAGNA (/TAG?TAG=MONTAGNA) PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (/TAG?TAG=PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA) PNRR (/TAG?TAG=PNRR) PROGETTO ITALIAE (/TAG?TAG=PROGETTO ITALIAE)

Dossier e Normativa

"MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL PNRR. I TRAGUARDI E GLI OBIETTIVI DA CONSEGUIRE ENTRO IL 30 GIUGNO 2022"
([HTTP://WWW.AFFARI REGIONALI.GOV.IT/COMUNICAZIONE/DOSSIER-E-NORMATIVA/DOSSIER-MONITORAGGIO-DELLATTUAZIONE-DEL-PNRR-I-TRAGUARDI-E-GLI-OBIETTIVI-DA-CONSEGUIRE-ENTRO-IL-30-GIUGNO-2022/](http://www.affari regionali.gov.it/comunicazione/dossier-e-normativa/dossier-monitoraggio-dellattuazione-del-pnrr-i-traguardi-e-gli-obiettivi-da-conseguire-entro-il-30-giugno-2022/))

Un dossier a cura del Servizio Studi della Camera dei Deputati, aggiornato all'11 febbraio 2022.

"25 ANNI DI ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DEL GHIACCIAIO DEL CALDERONE" (/COMUNICAZIONE/DOSSIER-E-NORMATIVA/25-ANNI-DI-ATTIVITÀ-DI-MONITORAGGIO-DEL-GHIACCIAIO-DEL-CALDERONE/)

La monografia, a cura di Massimo Pecci, presenta lo stato dell'arte delle conoscenze geografico-fisiche e glaciologiche sull'apparato glaciale del Calderone, in Abruzzo, frutto di un monitoraggio durato un venticinquennio.

DOSSIER MONITORAGGIO SERVIZI PUBBLICI LOCALI
([HTTP://WWW.AFFARI REGIONALI.GOV.IT/COMUNICAZIONE/DOSSIER-E-NORMATIVA/DOSSIER-MONITORAGGIO-SERVIZI-PUBBLICI-LOCALI/](http://www.affari regionali.gov.it/comunicazione/dossier-e-normativa/dossier-monitoraggio-servizi-pubblici-locali/))