

## **Allegato 6 – ATTORI, ORGANIZZAZIONE E PROCESSI**

---

### **6.1. IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE**

Centralità del distretto nell'attuale contesto demografico ed epidemiologico nell'ambito del processo programmatico legato all'erogazione e al monitoraggio dei lea a livello locale nella logica di sviluppo della nuova sanità territoriale espressa dal PNRR e dal DM 77/2022

È in corso in Lombardia l'attuazione dei grandi investimenti previsti dal PNRR per la nascita e lo sviluppo progressivo della nuova sanità territoriale, con quasi 2 miliardi di risorse. Una nuova sanità territoriale che nasce appunto dalla grande stagione di riforma/evoluzione del quadro normativo comunitario, nazionale e regionale che ha preso avvio durante la pandemia e che è ancora in corso quale risposta alla crisi emergenziale rappresentata dal Covid e che si è tradotta nell'adozione di fondamentali Piani, leggi e decreti, e in particolare:

- L.R. 22/2021 a completamento dello sviluppo della nuova sanità territoriale in Lombardia avviato con L.R. 23/2015;
- Legge 234/2021: finanziaria 2022 con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- PNRR La Missione 6 salute (M6) che contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti:
  - M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (con oltre 953 mln/euro);
    - Case della Comunità e presa in carico della persona;
    - Casa come primo luogo di cura e telemedicina (277 mln/Euro, per 216 case di comunità);
    - Casa come primo luogo di cura (ADI) (488 mln/Euro);
    - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) (34 mln/Euro, per 104 COT);
    - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici (1 mld/Euro);
    - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) (151 mln/Euro, per 71 OdC), per promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione (patto per la salute 2014/2016);
- M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario (oltre 618 mln/euro)
  - Aggiornamento tecnologico e digitale;
  - Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
- DM 120 del 29/04/2022 in GU 24 maggio 2022 approvazione Linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare”
- DM 77 del 23/05/2022 in GU 22 giugno 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

- DM 256 del 21/09/2022 in GU 2 novembre 2022 “Approvazione delle Linee Guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”;
- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77;
- Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2022, L.R. 25/2022;
- Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023.

Una riforma che ha messo al centro il territorio e il peso del distretto andando a tracciare una linea di sviluppo nella cui costruzione, come già sottolineato, siamo tutti impegnati al fine di realizzare le migliori condizioni di contesto strutturale e organizzativo per la gestione in chiave di prevenzione proattiva della cronicità (inteso come obiettivo di miglioramento degli esiti intermedi di salute delle cronicità legate all’età, continuità assistenziale, flessibilità) e preparandoci ex ante a gestire eventuali future condizioni di nuova emergenza sanitaria attraverso:

- la creazione delle nuove articolazioni organizzative distrettuali (CdC, COT, OdC);
- l’importante rafforzamento dell’assistenza domiciliare, con la previsione della presa in carico del 10% della popolazione over 65 anni entro il 2026;
- lo sviluppo della telemedicina per la gestione della cronicità;
- lo sviluppo del FSE;
- l’integrazione tra il sistema delle unità d’offerta sociosanitarie sviluppatasi in questi 20 anni in Regione Lombardia con le nuove articolazioni distrettuali introdotte dal DM 77/2022, con la medicina generale, con ambulatori specialistici accessibili nelle case di comunità, con gli ospedali di Comunità.

La Regione sta quindi lavorando alla costruzione dei livelli organizzativi, e alla messa a punto dei dispositivi digitali e dei dispositivi giuridici per la realizzazione dell’integrazione tra gli attori dell’assistenza sanitaria – sociosanitaria - socioassistenziale nell’ambito delle articolazioni organizzative territoriali previste dal PNRR per concorrere a produrre, nell’ambito delle 86 comunità distrettuali, i valori della continuità assistenziale, dell’inclusione, della coesione, della qualità della vita delle persone e delle famiglie nella logica della presa in carico e quindi della **continuità assistenziale fondata sulla proattività, prossimità, personalizzazione e flessibilità** che la L.R. 22/2021 e il DM 77/2022 pongono al centro del lavoro del distretto.

In questo ambito di progressiva implementazione della nuova sanità territoriale occorre nel 2024 definire il percorso di attuazione della norma di cui **all’art 7, comma 17 ter della L.R. 33/2009**, introdotto dalla L.R. 22/2021, che prevede che *“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”*.

Quindi la norma prevede pertanto che ogni ASST deve produrre con cadenza triennale un Piano di Sviluppo legato al Polo Territoriale. E che il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale:

- è un documento programmatico che definisce, da un lato, la domanda di salute territoriale e, dall’altro, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi (quindi la risposta, l’offerta);

nella programmazione e progettazione della risposta il Piano deve assicurare l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali;

- è analiticamente dettagliato per distretto.

Dal punto di vista degli attori coinvolti nel processo di programmazione dei PPT di ASST, la norma richiama:

- la conferenza dei sindaci di ASST che esprime parere obbligatorio;
- le associazioni di volontariato, gli altri soggetti del terzo settore presenti nel territorio.
- le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio.

La norma prevede quindi che Piano di Sviluppo del Polo Territoriale di ASST deve costituire l'oggetto di uno specifico parere obbligatorio da parte della conferenza dei sindaci. Rispetto al terzo settore chiede che vengano garantite idonee procedure di consultazione. E che analoghe procedure di consultazione vengano attuate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio. Rispetto al terzo settore, tuttavia, tale norma va letta nel più generale sistema della L.R. 33/2009 come riformata con L.R. 22/2021. Il terzo settore impegnato sul territorio dei distretti di ASST costituisce già una risposta – sussidiaria e frutto della solidarietà organizzata a livello locale dalla comunità - alla domanda di salute in senso ampio del distretto. Tale risposta deve essere quindi essere considerata e valorizzata nell'ambito della programmazione e progettazione della risposta in termini di LEA alla domanda di salute del distretto, in una logica anche di integrazione con i LEPS di ambito sociale. Tale principio è chiaramente espresso anche al paragrafo 4.3 della proposta di Piano sociosanitario integrato lombardo 2023 – 2027 approvata con DGR XII/1518/2023, laddove si prevede che *“Per ottenere una vera presa in carico multidimensionale e di lungo termine occorre promuovere nuove e condivise modalità di intervento per una transitional care non solo sociosanitaria ma anche sociale. Occorre infatti armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) (LLRR 33/200954 e 22/20213) anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione col terzo settore (LR 33/200940 e DLgs 117/201755). Questo è indispensabile per assicurare una regia che dia reale efficacia ai progetti individuali definiti dalle equipe di valutazione insieme agli enti gestori scelti dalla persona e dalla famiglia. Le ASST e le ATS devono attivarsi affinché nei distretti si sviluppino la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del terzo settore, sia di co-progettare con esse un welfare di prossimità. Con la condivisione di tutte le informazioni aumenterà il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) definiscono con la persona e la sua famiglia”*.

L'art 7, comma 17 ter della L.R. 33/2009 costituisce pertanto una norma di fondamentale importanza e che offre l'occasione di un reale processo di integrazione programmatoria anche con l'ambito del sociale, cercando di armonizzare tempi e contenuti della programmazione. Si caratterizza come un dispositivo funzionale a sviluppare la capacità di lettura e di risposta al bisogno delle persone in condizione di cronicità e/o fragilità e delle loro famiglie nell'ambito delle comunità distrettuali, attraverso processi di integrazione interistituzionale volti a cogliere e valorizzare pienamente le risorse informali e del terzo settore presenti sul territorio quale espressione di welfare di prossimità al servizio del progetto di vita e dei progetti individuali delle persone e delle famiglie. Gli strumenti da utilizzare a tal fine sono quelli di cui al DLgs 117/2017, legati alla co – programmazione e poi co – progettazione.

In questo ambito, attraverso la co – programmazione con il terzo settore le ASST, sotto la regia delle relative ATS, dovranno lavorare:

- affinché il terzo settore partecipi alla programmazione distrettuale portando nell’ambito delle nuove articolazioni organizzative del distretto il contributo anche di innovazione che nasce dalla solidarietà organizzata e spontanea a livello locale perché la sua azione sia coordinata e sintonica con i piani e i programmi promossi dalle istituzioni locali in ambito sociale e sanitario, potenziando l’inclusione della persona e della famiglia sul territorio stesso, sviluppando prossimità, qualità;
- per armonizzare il processo di programmazione triennale dei PPT delle ASST con quello legato ai Piani di Zona degli Ambiti Territoriali Sociali, in termini di tempistiche di approvazione, di durata della programmazione, dei contenuti legati all’integrazione della risposta socio-sanitaria con quella socio-assistenziale di competenza degli enti locali.

Le ASST, sotto la regia delle ATS, nell’ambito della programmazione triennale del PPT, procedono in particolare a programmare per distretto le azioni per concorrere a garantire che, ogni livello di assistenza incroci e organizzi correttamente la risposta ai bisogni di riferimento, senza “*splafonare*” il proprio carico su livelli diversi e, quindi, inappropriati, e in particolare a tal fine dovranno:

- programmare la presa in carico della cronicità e/o fragilità a livello distrettuale, lavorando secondo il quadro regolatorio definito al capitolo “Cure e riabilitazione” del presente allegato e dove, in particolare, è previsto che “l’obiettivo di presa in carico di una percentuale, definita per ciascun livello di cronicità, di pazienti cronici, verrà inserito nell’accordo integrativo regionale (AIR), il quale dovrà prevedere le modalità di assegnazione dell’obiettivo al singolo MMG, alle AFT, attraverso le ASST che lo declineranno sui distretti e successivamente sulle AFT, quale somma degli obiettivi dei MMG che vi appartengono”; in questo contesto, rispetto agli assistiti in condizione di cronicità e/o fragilità collegare la programmazione del PPT:
  - alle modalità per il raggiungimento dell’obiettivo di PNRR sul potenziamento delle cure domiciliari;
  - allo sviluppo della telemedicina, secondo il quadro regolatorio di riferimento;
- prevedere e governare i processi di dimissione e ammissione protetta dal/verso il setting ospedaliero, garantendo piena applicazione a quanto previsto nel capitolo “Cure e riabilitazione” del presente allegato laddove si prevede che “le strutture ospedaliere pubbliche e private dovranno prendere inoltre in carico i pazienti all’atto delle dimissioni assicurando su tutti i presidi del territorio le prenotazioni delle prestazioni prescritte per il percorso di cura” intese come prestazioni di specialistica, di farmaceutica, di assistenza domiciliare; in particolare si prevede che tali strutture garantiscano la dimissione protetta mediante raccordo con la Casa di Comunità e la COT del distretto di residenza dell’assistito ad es. ai fini dell’attivazione delle cure domiciliari;
- declinare il principio organizzativo centrale nel DM 77/2022 secondo cui il domicilio fisico/digitale della persona è il luogo a cui devono prioritariamente puntare i servizi e gli interventi fisici e digitali della risposta distrettuale al bisogno; ordinare quindi e organizzativamente sviluppare in concreto l’accesso alla rete dei servizi distrettuali a partire da questo principio;
- all’interno delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità:
  - accompagnare proattivamente il paziente e la sua famiglia e integrarsi con gli altri operatori che nell’ambito dei diversi setting assistenziali (di medicina generale, di Case di comunità, di Ospedale di Comunità, di specialistica ambulatoriale, allo stesso ospedale, alle cure domiciliari, alle unità d’offerta socio-sanitarie territoriali) lo seguono e lo assistono lungo il percorso di gestione della propria cronicità e fragilità affinché il percorso sia proattivo, prossimo e personalizzato;

- realizzare progetti di cura personalizzati a lungo termine, ponendosi l'obiettivo del miglioramento della qualità di vita della persona e della razionalizzazione dell'uso delle risorse, cercando di prevenire disabilità e non autosufficienza, attraverso il miglioramento degli esiti intermedi di salute; questo anche nel quadro dell'evoluzione in corso sul FSE quale fondamentale supporto tecnologico alla condivisione e alla circolazione di dati clinici per ottimizzare il percorso di cura della persona e di quello sulla telemedicina legata ai diversi target di cronicità; il trattamento nel lungo termine presuppone infatti non solo la continuità assistenziale (quindi durata), ma anche l'integrazione degli interventi sociosanitari (interventi che durano a lungo e che devono essere integrati); tale processo, in un contesto spesso di multi morbilità, richiede l'intervento di diverse figure professionali che non devono affiancarsi, bensì integrarsi all'interno di un unico percorso di cura, non lavorare a silos, secondo percorsi clinici e assistenziali paralleli ma integrando il proprio agire professionale all'interno di un solo percorso clinico e assistenziale, altrimenti c'è il rischio di duplicazioni diagnostiche e terapeutiche;
- coinvolgere direttamente il paziente promuovendo il suo empowerment, perché il soggetto cronico/fragile possa attuare, con l'aiuto del Medico di Medicina Generale e del sistema delle unità d'offerta sociosanitarie misure di self-audit (automonitoraggio), cioè capacità di autogestione delle proprie condizioni di cronicità, perseguendo il proprio migliore invecchiamento, e quindi la migliore qualità di vita per sé e la propria famiglia e, contestualmente, la migliore sostenibilità di sistema;
- considerare il domicilio come setting di cura e assistenza indissolubilmente legato al resto della filiera dei livelli essenziali: livello ambulatoriale, diurno, residenziale, indispensabili per accompagnare la risposta alla naturale evoluzione del bisogno di cura e assistenza della persona e della famiglia lungo il naturale ciclo di vita, nella logica del continuum assistenziale; pensando che la cronicità/fragilità richiede di pensare anche a bisogni di carattere psico-sociale/socio-relazionale (fatica emotiva/assistenziale del caregiver, contesti relazionale intra-famigliari problematici, etc.), che rendono i percorsi estremamente variabili al mutare della natura e della tipologia dei bisogni stessi nel tempo;
- definire le modalità per l'attuazione del quadro regolatorio in corso di approvazione e attuativo della Legge Delega sulla Disabilità L. 277/2021, con particolare riferimento al progetto di vita per la persona con disabilità e la sua famiglia e per l'attuazione del quadro regolatorio legato alla Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023;
- ricomporre il contributo degli attori formali e informali della filiera operanti nel distretto, posto che la sussidiarietà è un valore fondante del nostro modello, che valorizza l'iniziativa delle reti solidaristiche, la naturale proattività delle comunità territoriali;
- definire/facilitare il raccordo con le unità di offerta sanitarie e sociosanitarie del distretto funzionale all'esercizio delle funzioni della COT, affinché il distretto di ASST operi in rete con le UDO sociosanitarie del territorio di riferimento nella risposta al bisogno;
- proseguire e raggiungere gli obiettivi di PNRR legati allo sviluppo delle cure domiciliari; e in questo ambito sinergicamente integrare, laddove necessario, la risposta sociosanitaria erogata attraverso l'ADI, o il progetto di sorveglianza domiciliare dei MMG, la RSA Aperta, le cure palliative domiciliari o l'assistenza domiciliare di carattere sociale, con il contributo derivante dal coinvolgimento del volontariato attivo a livello locale per ulteriori azioni di supporto capaci di facilitare il mantenimento della persona al domicilio.

Al fine di avviare l'attuazione di quanto previsto dal presente paragrafo, si programma pertanto l'adozione entro il mese di marzo 2024 di specifiche Linee guida per le ASST ai fini della stesura dei Piani di sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST sotto la regia delle ATS, quali driver per l'attuazione del processo di community building a livello territoriale funzionale a concorrere all'attuazione della nuova sanità territoriale prevista dal DM 77/2022 attraverso la definizione dei temi prioritari del primo triennio di programmazione dei PPT 2025/2027, nel quadro degli indirizzi del PRSS e del PSSR in corso di approvazione e degli altri strumenti di programmazione regionale in ambito sanitario. La definizione dei piani di sviluppo del Polo territoriali da parte delle ASST sarà attuata attraverso un percorso di programmazione distrettuale che, sotto il profilo delle tempistiche e degli ambiti dell'integrazione sociosanitaria e sociale, sarà attuato in una logica di armonizzazione con il processo legato alla programmazione sociale dei Piani di Zona degli Ambiti Territoriali Sociali 2025-2027, in funzione del pieno concorso dei due processi allo sviluppo integrato dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali a favore della presa in carico della persona e della famiglia nella logica della prossimità, proattività, personalizzazione, flessibilità. Con successivo atto, da adottarsi entro il 31 marzo 2024, saranno pertanto approvate le Linee di indirizzo che riguarderanno il triennio 2025-2027 dei PPT, prevedendo la definitiva approvazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST entro la stessa tempistica prevista per la sottoscrizione degli ADP dei PDZ, al **31 dicembre 2024**.

### **6.2 ESCLUSIVITA' DEL CONTRATTO DEI DIRETTORI GENERALI**

La presenza regolare in azienda del direttore costituisce presupposto essenziale per garantire il buon andamento della gestione aziendale, deve pertanto essere escluso l'esercizio di ulteriori attività che incidano negativamente sul vincolo di esclusività e più in generale sul corretto esercizio della funzione di Direttore Generale.

Si ribadisce l'obbligo di rilevazione della presenza per tutti i componenti della Direzione Strategica.

Eventuali attività professionali potranno essere svolte, previa autorizzazione da parte della Direzione Generale Sanità, nel rispetto dei termini di seguito precisati:

- a) assenza di conflitti di interesse, con particolare riferimento ad attività professionali in ambito sanitario e socio sanitario;
- b) non incidenza, anche in termini orari, della prestazione sulla qualità e completezza della funzione di Direttore Generale, che deve essere assolutamente preponderante rispetto ad altre attività, anche in termini di effettiva presenza in Azienda. A tal fine eventuali attività dovranno avere assolutamente carattere residuale, anche dal punto di vista economico, della prestazione extra;
- c) non nocimento al prestigio e al decoro della funzione di Direttore Generale, riscontrabile qualora le ulteriori attività si prestino ad apprezzamenti disonorevoli, non dovendo mai compromettere il rapporto fiduciario con l'amministrazione e i suoi amministratori in attività;

Pertanto, saranno autorizzate unicamente attività caratterizzate dall'occasionalità (non più di 40 ore/anno e comunque non più di 10 ore/mese) e il cui svolgimento sia effettuato a titolo gratuito.

Nella richiesta di autorizzazione preventiva, da richiedere per ogni singola attività, dovranno essere indicate espressamente le ore di impegno richieste e dichiarata la gratuità.

Nel caso di attività per le quali vi è una designazione o una nomina da parte di Regione Lombardia, connessa all'attività di direzione in essere, ferma restando la gratuità l'autorizzazione si intende

concessa e l'attività non soggiace al limite orario sopra indicato. Il Direttore generale dovrà comunque comunicare l'avvio dell'attività.

Il rispetto di quanto sopra stabilito concorre alla valutazione complessiva dell'incarico del Direttore generale.

Per quanto attiene alla partecipazione dei Direttori generali a convegni (a qualsiasi titolo) gli stessi sono obbligati a fornirne comunicazione preventiva alla Direzione Generale Welfare.

### **6.3 FORMAZIONE MANAGERIALE**

Per quanto concerne la formazione manageriale dei Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Socio-Sanitari delle Agenzie di Tutela della Salute e delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde si conferma quanto previsto dalla DGR N° XI / 1905 del 15/07/2019.

Conseguentemente sono integrati i trattamenti economici dei Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Socio-Sanitari dal 2024 al 2026, ai sensi del D.P.C.M. n. 502/95, per la frequenza dei corsi di cui al paragrafo 3.5 dell'Allegato A della DGR N. XI/1459/2019 nelle seguenti misure:

- a) per il Direttore Generale di un importo massimo annuo di euro 5.164,47,
- b) per il Direttore Amministrativo, Sanitario, Socio-Sanitario di un importo massimo annuo di euro 3.615,19.

### **6.4 COLLABORAZIONE TRA REGIONE E ENTI SANITARI**

Alla Regione è affidato il compito di realizzare, per il tramite dell'assessorato competente in tema di sistema sociosanitario e con il concorso degli enti del servizio sanitario, gli obiettivi di tutela della salute e la definizione e attuazione delle politiche sanitarie nel territorio di propria competenza.

A tal fine ai direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche vengono assegnati obiettivi di mandato e specifici obiettivi aziendali annuali, individuati sulla base degli atti di programmazione regionale, la cui realizzazione rende necessaria una forte sinergia e condivisione tra la Direzione Generale Welfare e l'intera direzione strategica aziendale.

In tale ottica la competente direzione generale regionale potrà avvalersi anche della professionalità dei componenti delle direzioni strategiche degli enti sanitari pubblici, sulla base delle specifiche competenze degli stessi e/o delle specificità, anche di carattere territoriale, poste di volta in volta dalle singole tematiche.

### **6.5 TRASPARENZA – PUBBLICAZIONE DATI PATRIMONIALI E REDDITUALI DEI DIRIGENTI EX ART. 14 D.LGS. N. 33/2013**

Si fa riferimento alla dibattuta applicazione dell'art. 14, comma 1, lettera f) del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, concernente la pubblicazione dei dati economico-patrimoniali dei dirigenti, oggetto della Sentenza

## Allegato 6 – AREA ATTORI, ORGANIZZAZIONE E PROCESSI

della Corte Costituzionale n. 20/2019, della Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019, delle note regionali prot. nn. A1.2019.0331519 del 10.10.2019 e A1.2019.0332483 del 11/10/2019 e delle sentenze del TAR Lazio nn. 12288/2020 e n. 6045/2021, per specificare quanto segue in risposta alle richieste di chiarimenti pervenute sulla tematica.

Come noto, l’auspicato riordino della materia ad opera del regolamento previsto dal decreto milleproroghe 2020 (DL 162/2019 art. 1, comma 7), ad oggi non risulta attuato.

Recentemente l’Autorità Nazionale Anticorruzione, con Atto del Presidente del 8 novembre 2023 - fasc. n. 4862.2023 – ha ritenuto, anche a seguito della giurisprudenza sopra richiamata, che “*allo stato la delibera n. 586 del 26.06.2019 resta validamente applicabile nei confronti della dirigenza strategica del Servizio sanitario Nazionale (e cioè direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore generale) e dei direttori di Dipartimento, per i quali occorre procedere alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali, con esclusione dei soli direttori di struttura complessa*”.

Alla luce di quanto sopra, si ritiene di interpellare le Autorità centrali in ordine alle modalità attuative di quanto stabilito.

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACSS	Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Assistente di Funzione Territoriale
AIR	Accordo Integrativo Regionale
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ATS	Agenzie di Tutela della Salute
COT	Centrali Operative Territoriali
DG	Direzione Generale
DM	Decreto Ministeriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GU	Gazzetta Ufficiale
LR	Legge Regionale
M6C1	Missione 6 Componente 1
M6C2	Missione 6 Componente 2
MMG	Medico di Medicina Generale
PDZ	Piani di Zona
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PPT	Piano di Sviluppo del Polo Territoriale
PRSS	Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale