

§ 2.1.117 - L.R. 7 dicembre 2006, n. 41.

Riordino del Servizio Sanitario Regionale. (1) (175)

(Bollettino Ufficiale n. 18, del 13.12.2006)

TITOLO I PRINCIPI GENERALI E FINALITÀ

Art. 1. (Oggetto e finalità). (199)

1. La presente legge disciplina il riordino del servizio sanitario regionale (SSR) definendone il modello di governo, l'organizzazione e le funzioni, al fine di garantire la piena attuazione del diritto alla salute, in base ai principi di equità, universalità, prossimità e sostenibilità, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione e dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) 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) e in attuazione dell'articolo 2 dello Statuto della Regione Liguria.

2. Il SSR persegue:

- a) l'erogazione uniforme e omogenea dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sull'intero territorio regionale;
- b) un'organizzazione di servizi coerente con le caratteristiche geografiche, demografiche e infrastrutturali della Liguria che consenta un'offerta adeguata alle necessità rilevate o espresse;
- c) la tempestività ed equità nell'erogazione dei servizi, attraverso la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie;
- d) il rafforzamento della medicina territoriale e della rete dei servizi di prossimità, che avvicini le prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai cittadini e ai contesti locali;
- e) la sostenibilità e l'equilibrio territoriale della rete ospedaliera secondo criteri di appropriatezza.

3. A tal fine, la Regione promuove:

- a) un sistema integrato di tutela della salute che assicuri una risposta unitaria ai bisogni della persona, garantendo la multidimensionalità della presa in carico e la continuità assistenziale nei diversi setting di cura;
- b) la realizzazione di modelli organizzativi territoriali che realizzino la piena integrazione tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale, attraverso l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e la piena operatività dei punti unici di accesso (PUA);
- c) l'adozione di modelli innovativi di assistenza, lo sviluppo della telemedicina e dei servizi digitali territoriali;
- d) il miglioramento continuo della qualità, dell'adeguatezza e dell'efficacia dei servizi sanitari e sociosanitari;
- e) la valorizzazione della solidarietà, della sussidiarietà, dell'universalità, dell'equità e dell'empowerment del cittadino, inteso come processo che riconosce il cittadino quale soggetto attivo nella promozione della propria salute e nella partecipazione ai processi decisionali del sistema sanitario regionale, nonché nella co-progettazione con le comunità locali, con il terzo settore e con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati aventi pari diritti e poteri, attraverso forme di partecipazione attiva e competente ai processi di programmazione e di miglioramento delle condizioni di salute del territorio;

f) la diffusione della cultura della salute e del benessere, orientata alla prevenzione e ai corretti stili di vita, che valorizzi il ruolo attivo dei cittadini, delle scuole, delle comunità locali e delle reti territoriali nella costruzione di ambienti di vita sani e sostenibili, nella promozione della salute e nella riduzione dei fattori di rischio in un sistema di prossimità integrato;

g) la ricerca come garanzia per il cittadino dell'adozione di percorsi e cure basati su evidenze scientifiche e mezzo per promuovere l'innovazione tecnologica, il trasferimento tecnologico e la personalizzazione delle cure, migliorando la qualità della vita.

Art. 2. (Definizioni).

1. Ai fini della presente legge si intende per:

- a) assistiti: tutti coloro che, in base alle vigenti disposizioni normative, hanno diritto o bisogno di assistenza sanitaria e ai quali sono assicurati i livelli uniformi ed essenziali d'assistenza;
- b) sistema sanitario pubblico allargato: il sistema costituito dalle Aziende sanitarie pubbliche, dagli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati e dai soggetti erogatori privati accreditati;
- c) Servizio Sanitario Regionale: il complesso delle funzioni e delle attività svolte per la tutela della salute dalla Regione e dal sistema sanitario pubblico allargato;
- d) Aziende sanitarie: l'Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria), le aziende ospedaliere-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), di cui alla legge regionale 31 marzo 2006, n. 7 (Ordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione), nonché l'Azienda ospedaliera metropolitana (AOM) articolata in IRCCS ospedale Policlinico San Martino, ospedale Galliera, con le modalità di cui all'articolo 26, comma 3, ospedale Villa Scassi, ospedale San Carlo e ospedale Erzelli; (183)
- d bis) l'Ente ospedaliero Ospedali Galliera quale soggetto erogatore pubblico, dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile; (176)
- e) altri soggetti erogatori pubblici o equiparati: l'ospedale Evangelico, le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie e altri enti indicati da disposizioni normative; (131)
- f) soggetti erogatori privati accreditati: i soggetti accreditati ai sensi e con le procedure di cui alla legge regionale 11 maggio 2017, n. 9 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private), che abbiano stipulato convenzioni ai sensi dell'articolo 56; (200)
- g) (Omissis) (201)
- h) governo clinico: la capacità di una organizzazione sanitaria di orientare i propri atti e comportamenti in modo da rendere possibile il continuo miglioramento della qualità dell'assistenza e mantenere elevati standards di cura, creando un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili e il governo della domanda. Il governo clinico si realizza con l'adozione e l'implementazione di linee guida, audit clinico, pratiche cliniche basate sulle prove di efficacia, riduzione del rischio clinico, valutazione delle tecnologie sanitarie, programmi di aggiornamento, contribuendo alla divulgazione della cultura sanitaria anche nel senso delle misure di prevenzione che portano alla diminuzione dello sviluppo dei processi patologici;
- h bis) istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS): enti del servizio sanitario nazionale a rilevanza

nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, 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; (202)

i) centri di alta specialità: le strutture di interesse regionale che operano nelle attività assistenziali di cui al decreto del Ministro della Sanità del 29 gennaio 1992 (elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità) nelle quali sono svolte le prestazioni a maggiore complessità ed in cui sono concentrate professionalità e tecnologie; l'aspetto organizzativo è flessibile;

j) rete ospedaliera: il sistema di collegamenti funzionali fra presidi ospedalieri finalizzati ad assicurare agli assistiti l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nella fase di degenza, attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse. I servizi resi si sviluppano ed operano in forma coordinata con i servizi sanitari di competenza di altre Aziende o soggetti erogatori allo scopo di assicurare agli assistiti l'appropriatezza dei percorsi assistenziali prima e dopo la degenza;

k) distretto sociosanitario: la dimensione territoriale in cui si integrano i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e si realizza la presa in carico unitaria della persona, superando la frammentazione tra sanitario e sociale, in stretto raccordo con i comuni; (203)

l) area sociosanitaria locale (ASL), distretto sanitario e presidio ospedaliero: le articolazioni aziendali su base territoriale con autonomia tecnico gestionale, soggette a rendicontazione analitica all'interno del bilancio aziendale; (204)

m) dipartimenti: il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie;

n) tecnologie sanitarie: gli specifici strumenti utilizzati in ambito sanitario;

o) valutazione delle tecnologie sanitarie: il processo volto a considerare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche a breve, medio e lungo termine che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria; p) pacchetti assistenziali integrati: più prestazioni o servizi complementari precostituiti per rispondere complessivamente ad un bisogno di salute;

q) livelli di assistenza: quelli determinati dalla Regione sulla base delle necessità specifiche e delle proprie risorse, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla normativa nazionale;

r) formazione continua: il complesso delle attività e delle iniziative di adeguamento, aggiornamento e sviluppo continuo delle competenze del personale;

s) percorso assistenziale: il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare all'assistito, in forma coordinata, integrata e programmata, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e sociosanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di diagnosi, cura e riabilitazione;

s bis) centro di riferimento regionale: assetto organizzativo dell'Azienda sanitaria e dei soggetti erogatori pubblici o equiparati e accreditati, caratterizzato da un'elevata qualificazione professionale e da una significativa attrazione intra ed extra regionale (2) .

TITOLO II

GLI ASSETTI ISTITUZIONALI

CAPO I LA REGIONE

Art. 3.

Funzioni della Regione).

1. La Regione, al fine di garantire il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dei principi di equità, universalità ed imparzialità:

- a) governa il sistema sanitario pubblico regionale allargato;
- b) regola i meccanismi di funzionamento, di accesso, di fruizione e di integrazione;
- c) garantisce il coordinamento e la cooperazione tra i soggetti erogatori.

2. La Regione presiede alla programmazione, al monitoraggio ed al controllo dei livelli di assistenza erogati dai soggetti pubblici e privati accreditati perseguendo in particolare:

- a) il coinvolgimento dei Comuni nelle scelte programmatiche del settore;
- b) la qualità dei processi, l'unitarietà e la tempestività dei percorsi assistenziali di diagnosi, cura e riabilitazione;
- c) la responsabilizzazione dei soggetti chiamati ad effettuare scelte programmatiche e di politica sanitaria, di gestione e professionali;
- d) lo sviluppo nelle Aziende sanitarie del governo clinico;
- e) l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e la coerenza complessiva del sistema di protezione sociale a sostegno delle persone e della famiglia;
- f) l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale.

3. La Regione, in particolare, dirige il sistema delle Aziende sanitarie esercitando le prerogative previste dalla Costituzione in relazione alla tutela della salute ed alla disponibilità delle risorse.

4. Le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori rispondono alla Regione, titolare delle funzioni di governo strategico del sistema sanitario regionale, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese e della capacità di conseguire gli obiettivi di salute assegnati a fronte di risorse determinate.

Art. 4.

(Funzioni di programmazione).

1. La Regione definisce la programmazione sanitaria e fissa i criteri e le modalità di finanziamento dei soggetti erogatori.

2. La Regione, attraverso gli strumenti di programmazione e controllo:

- a) individua gli obiettivi da assegnare alle Aziende sanitarie e ai soggetti erogatori pubblici o equiparati del sistema sanitario pubblico allargato;
- b) assegna le relative risorse;
- c) verifica il conseguimento degli obiettivi.

2 bis. La Giunta regionale individua i centri di riferimento regionale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera s bis), nei casi in cui l'andamento epidemiologico lo giustifichi, e comunque senza oneri aggiuntivi per il Servizio Sanitario Regionale (3) .

Art. 5.

(Piano sanitario e sociale integrato regionale) (205)

1. Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria approva il piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) acquisito il parere della Conferenza permanente per la

programmazione sociosanitaria di cui all'articolo 13, della Conferenza dei Sindaci di ATS Liguria e dell'organismo unitario del terzo settore.

2. Il PSSIR è elaborato in coerenza con il piano sanitario nazionale, il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e il piano nazionale per la non autosufficienza tenuto conto dei collegamenti con la programmazione regionale in materia educativa, formativa e della promozione al lavoro.

3. Il PSSIR definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del SSR e dei servizi sanitari e sociali in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione e rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale.

4. Il PSSIR individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del SSR e dei servizi sociali.

5. Per le politiche sanitarie, in particolare sono definiti:

- a) gli obiettivi di salute, le aree di intervento prioritarie, le esigenze di salute rilevate o espresse;
- b) i livelli di assistenza definiti attraverso indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali, standard di servizi, pacchetti assistenziali integrati;
- c) l'organizzazione di dettaglio del SSR;
- d) i criteri per la definizione dei programmi di intervento e dei progetti obiettivo di rilievo regionale di cui all'articolo 6;
- e) il quadro delle risorse finanziarie da destinare nel periodo di vigenza al SSR;
- f) gli indicatori e i parametri per la verifica della qualità e dei costi delle prestazioni erogate, nonché per la valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi fissati.

6. Il PSSIR è composto da stralci funzionali che possono essere approvati separatamente dal Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria.

7. Lo stralcio relativo all'organizzazione della rete di cura e di assistenza, in coerenza con le linee e gli indirizzi della pianificazione generale, prevede, in particolare:

- a) l'adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard previsti dalla normativa nazionale con particolare riguardo alla dotazione dei posti letto e ai tassi di ospedalizzazione;
- b) la determinazione delle componenti organizzative e delle dimensioni operative del sistema di emergenza sanitaria;
- c) la missione, le funzioni delle aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri in modo da garantire:

- 1) la reciproca complementarità in ragione dei criteri di intensità assistenziale e di specializzazione dei presidi;
- 2) la concentrazione delle prestazioni a più elevata complessità in un numero limitato di centri di alta specialità;
- 3) l'erogazione delle restanti prestazioni in presidi ospedalieri fortemente integrati con i centri di alta specialità;
- 4) il rapporto fra assistenza ospedaliera e territoriale secondo i principi della presa in carico e della continuità assistenziale.

8. Per le politiche sociali in particolare sono definiti:

- a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, anche con riferimento alle politiche sociosanitarie integrate e i fattori di rischio sociale da contrastare;
- b) le modalità di attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale ed il collegamento con i livelli essenziali di assistenza sociosanitari, le aree di priorità assistenziale, le modalità di

accesso ai servizi, le forme di integrazione con la scuola, la formazione, le politiche per il lavoro e per la casa;

c) le priorità regionali di intervento, nonché le sperimentazioni e i servizi innovativi;

d) gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo della rete di promozione e protezione sociale e la definizione dei rapporti con le politiche di sviluppo locale, che concorrono al miglioramento della qualità di vita dei cittadini;

e) gli indirizzi e le procedure per la predisposizione dei piani di zona;

f) i parametri organizzativi e l'aggiornamento del personale;

g) gli indirizzi generali per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni sociali;

h) gli indirizzi per favorire l'adozione di criteri omogenei per l'accesso alle prestazioni sociali;

i) i criteri generali per l'accreditamento delle strutture e dei servizi sociali;

j) i criteri per la ripartizione agli ambiti territoriali sociali delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi, sulla base di parametri identificati in relazione ai seguenti elementi:

- 1) perseguimento delle migliori prestazioni sociali, a partire dai livelli essenziali omogenei sul territorio regionale;
- 2) compartecipazione alla spesa per interventi e servizi sociali e sociosanitari da parte delle amministrazioni locali;
- 3) intensità della gestione associata e integrata dei servizi sociali e sociosanitari nell'ambito territoriale sociale;
- 4) bisogni di assistenza in rapporto con la situazione demografica e territoriale delle diverse aree geografiche;
- 5) indicatori sulle entrate, anche potenziali, delle comunità locali e conseguenti azioni per un riequilibrio solidale in favore delle realtà con maggiore disagio.

9. Il PSSIR conserva efficacia anche dopo la sua scadenza, fino all'approvazione del successivo piano.

Art. 6.

(Programmi di intervento e progetti obiettivo).

1. La Giunta regionale approva i programmi di intervento ed i progetti obiettivo in attuazione del Piano di cui all'articolo 5.

Art. 7.

(Aree ottimali).

1. Le Aziende sanitarie e i soggetti erogatori pubblici o equiparati concorrono allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale.

2. Per l'attuazione di quanto previsto al comma 1, sono individuate tre aree ottimali:

- a) Ponente, comprendente il territorio delle Aziende sanitarie locali 1 e 2;
- b) Metropolitana, comprendente il territorio dell'area metropolitana genovese;
- c) Levante, comprendente il territorio delle Aziende sanitarie locali 4 e 5.

3. In ciascuna area è costituito un Comitato composto dall'Assessore regionale competente per materia, che lo coordina, dal Direttore generale del Dipartimento regionale competente per materia, dal Direttore generale di Liguria Salute di cui alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Disciplina di Liguria Salute e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria), dai Direttori generali delle Aziende sanitarie e dei

soggetti erogatori pubblici o equiparati facenti parte dell'area, dal Direttore generale dell'IRCCS "Ospedale Policlinico San Martino". (4)

4. Il Comitato elabora proposte ed esprime pareri in ordine alla programmazione integrata della rete di assistenza e cura, ai provvedimenti inerenti la gestione in forma unitaria delle attività tecnico amministrative, alla dotazione di personale ed agli aggiornamenti tecnologici.

4 bis. Il Comitato nomina a maggioranza i direttori dei Dipartimenti interaziendali eventualmente costituiti fra tutte le Aziende sanitarie ed Enti equiparati facenti parte dell'area, su proposta dei direttori delle strutture complesse e semplici dei Dipartimenti che li compongono. Alla nomina non partecipa l'Assessore regionale competente per materia (5).

5. Le Aziende facenti parte dell'Area sono tenute, sugli argomenti di cui al comma 4, ad assumere provvedimenti conformi ai pareri del Comitato.

6. La Giunta regionale approva il regolamento di funzionamento del Comitato di cui al comma 3.

7. Le intese, gli accordi e gli atti di programmazione interaziendale adottati dalle Aziende sono trasmessi alla Giunta regionale che ne verifica la conformità con la programmazione regionale (6).

Art. 8.

(Direttive vincolanti e funzioni di indirizzo).

1. La Giunta regionale, nell'esercizio delle proprie funzioni, adotta direttive vincolanti per le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati.

2. La Giunta regionale definisce con direttive vincolanti le modalità ed i tempi per la trasmissione degli atti soggetti al controllo ai sensi della normativa nazionale vigente (7).

3. La Regione svolge, altresì, funzioni di indirizzo attraverso attività di coordinamento, promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie e degli altri soggetti del sistema sanitario pubblico allargato, anche al fine di evitare squilibri di gestione e di assicurare uniformità di servizi sul territorio regionale.

Art. 9.

(Funzioni di controllo). (8)

1. La Regione esercita il controllo sugli atti dell'ATS Liguria, degli IRCCS pubblici, anche se trasformati in fondazioni, e delle aziende ospedaliere universitarie integrate con il servizio sanitario nazionale. A tal fine il direttore generale trasmette alla Giunta regionale, entro dieci giorni dall'approvazione: (184)

a) gli atti di autonomia aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del d.lgs. 502/1992; (206)

b) il regolamento di organizzazione e funzionamento, se trattasi di IRCCS;

c) (Omissis) (185)

d) i piani strategici aziendali di cui all'articolo 30;

e) gli atti di programmazione interaziendale, i piani attuativi annuali ed i provvedimenti conseguenti a direttive vincolanti regionali.

e bis) lo statuto dell'Ente ospedaliero Ospedali Galliera. (177)

2. Nei successivi trenta giorni la Regione può indicare al direttore generale i contenuti dell'atto che si pongono in contrasto con gli indirizzi o la programmazione regionale. Il direttore generale adegua i propri provvedimenti a quanto indicato dalla Regione.

3. In caso di ritardo od omissione da parte del direttore generale di atti obbligatori per legge o attuativi di direttive vincolanti, la Giunta regionale può nominare, qualora sussistano ragioni di urgenza o di danno, un Commissario ad acta per l'adozione di tali provvedimenti, previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni.

Art. 9 bis.

(Controllo contabile) (9)

1. La Regione esercita il controllo contabile sui seguenti atti contabili di ATS Liguria, IRCCS pubblici, anche se trasformati in fondazioni, Aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale, dell'Ente ospedaliero Ospedali Galliera: (178)

a) (Omissis) (207)

b) bilancio preventivo economico annuale;

c) bilancio di esercizio.

2. Gli atti di cui al comma 1 devono essere coerenti con la programmazione sanitaria e la programmazione economico-finanziaria della Regione ed essere rispondenti agli schemi e ai principi contabili previsti dalla vigente normativa nazionale.

3. La Giunta regionale determina, con proprio atto, le modalità ed i tempi di approvazione dei bilanci di cui al comma 1, in coerenza con la normativa nazionale vigente.

Art. 9 ter.

(Controllo contabile sugli enti di cui all'articolo 41 della l. 833/1978) (10)

1. (Omissis)

Art. 10.

(Attività di verifica).

1. La Regione svolge attività di vigilanza e di verifica sui risultati di gestione e sulla appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate dagli Enti appartenenti al sistema sanitario pubblico allargato.

2. Le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati forniscono alla Regione, nei termini dalla stessa stabiliti, tutte le informazioni, i dati e le notizie richieste.

3. La Regione svolge, altresì, attività di ispezione e verifica di carattere amministrativo, contabile e tecnico sanitario nonché la verifica sul rispetto della normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro nei confronti delle Aziende sanitarie al fine di accertare il rispetto delle norme, degli indirizzi regionali, nonché di controllare le attività assistenziali e la gestione delle risorse assegnate.

4. Il Presidente della Giunta regionale riferisce annualmente con comunicazione al Consiglio le risultanze emerse dalle attività di vigilanza, verifica ed ispezione di cui al presente articolo.

Art. 11.

(Prerogative dei Consiglieri regionali).

1. I Consiglieri regionali possono visitare le strutture sanitarie. Le visite devono effettuarsi nel rispetto del diritto alla riservatezza dei pazienti ivi ricoverati.

2. I Consiglieri regionali possono accedere agli atti e ai documenti secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Art. 12.

(Rapporti tra il Servizio Sanitario regionale e l'Università). (169)

1. I rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università degli Studi di Genova, in particolare con la Facoltà di Medicina e Chirurgia, sono disciplinati da intese stipulate ai sensi delle leggi nazionali e regionali vigenti in materia **(11)** .

2. Le Aziende sanitarie e i soggetti erogatori pubblici o equiparati regolano i rapporti con l'Università nel rispetto del protocollo generale di intesa e dei protocolli attuativi previsti dalle norme di cui al comma 1.

3. Le intese stipulate ai sensi del comma 1 regolano i rapporti tra la Regione e l'Università, anche in relazione al decentramento sull'area regionale e ai rapporti con le Aziende sanitarie nel cui territorio sia presente l'Università con le Facoltà interessate.

4. Le intese di cui ai commi precedenti vengono approvate dal Consiglio regionale.

CAPO II

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA REGIONALE

Art. 13. **(Costituzione). (208)**

1. La Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale di cui all'articolo 15 della l.r.12/2006 assicura un efficace sistema di relazioni istituzionali, promuovendo forme di concertazione ed integrazione sugli assetti organizzativi del sistema sanitario e sociale e in materia di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

2. La Conferenza, la cui composizione è integrata dal Rettore dell'Università degli studi di Genova o suo delegato, esprime i pareri obbligatori ai sensi della normativa nazionale e regionale, in particolare su: **(209)**

- a) Piano sociosanitario regionale;
- b) Piano Sociale Integrato Regionale;
- c) linee di indirizzo regionali per l'integrazione degli interventi sanitari e sociali;
- d) relazione sullo stato sanitario e sociale della Liguria;
- e) **(Omissis) (210)**
- f) **(Omissis) (211)**

3. **(Omissis) (212)**

4. **(Omissis) (213)**

5. **(Omissis) (214)**

6. La Conferenza approva il proprio regolamento di funzionamento sulla base degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale.

CAPO III

COMUNI

Art. 14. **(Funzioni dei Comuni).**

1. I Comuni, secondo quanto disposto dagli articoli 13, 15 e 16:

- a) partecipano alla programmazione sanitaria e sociosanitaria della Regione, dell'ATS Liguria, delle ASL e dei Distretti; **(215)**
- b) verificano l'andamento dell'attività e i risultati raggiunti dall'ATS Liguria e dalle ASL; **(186)**
- c) contribuiscono alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale.

1 bis. Con regolamento della Giunta regionale sono definite le modalità con le quali un Organismo consultivo composto dal Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria, dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci delle ASL e dai Presidenti delle Conferenze di Distretto sociosanitario, supporta la Regione : **(114)**

- a) nell'analisi dei livelli assistenziali erogati, in rapporto ai bisogni espressi dal territorio;
- b) nello sviluppo di percorsi assistenziali unitari territorio – ospedale – territorio;
- c) nella promozione di modelli di presa in carico tali da garantire continuità e integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali;
- d) nell'individuazione di punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie e sociali.

1 ter. L'Organismo di cui al comma 1 bis formula pareri e proposte per il miglioramento e la qualificazione dell'offerta assistenziale. **(115)**

Art. 14 bis. **(Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria) (216)**

1. La Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria, istituita ai sensi dell'articolo 3, comma 14, del d.lgs. 502/1992 esprime i bisogni sociosanitari delle comunità locali, corrisponde alle esigenze sanitarie della popolazione e opera tramite una rappresentanza costituita dai Presidenti delle cinque Conferenze dei Sindaci delle ASL di cui all'articolo 15 e da due ulteriori rappresentanti eletti da ciascuna delle Conferenze dei Sindaci di ASL tra i propri componenti. **(262)**

1 bis. Il Presidente della Conferenza dei Sindaci di ATS Liguria è eletto a maggioranza dal Comitato di rappresentanza di cui al comma 1 tra i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci delle ASL di cui all'articolo 15. **(263)**

2. Per lo svolgimento delle funzioni attribuite, la Conferenza dei Sindaci si avvale del soggetto rappresentativo e associativo dei comuni in ambito regionale. La Giunta regionale, sentita la Conferenza permanente di cui all'articolo 13, emana linee guida per l'adozione del regolamento di funzionamento della Conferenza di cui al comma 1.

3. Entro novanta giorni dalla data di costituzione, la Conferenza dei Sindaci approva il proprio regolamento di funzionamento e lo trasmette alla Giunta regionale. Qualora non vi provveda, le modalità di funzionamento sono determinate dalla Giunta regionale medesima.

Art. 14 ter. **(Funzioni della Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria)** **(217)**

1. La Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, garantisce la concertazione e la cooperazione tra l'ATS Liguria e gli enti locali. A tal fine contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività dell'ATS Liguria e a definire, altresì, la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

2. I seguenti atti adottati dal direttore generale dell'ATS Liguria sono approvati dalla Giunta regionale previo parere non vincolante della Conferenza dei Sindaci come espresso dal Comitato di rappresentanza in coerenza con i tempi e le modalità fissati dalla normativa nazionale in materia:

- a) piano strategico aziendale;

b) bilancio di previsione economico annuale e bilancio di esercizio;

c) piano attuativo annuale. (264)

3. In relazione al bilancio di previsione economico annuale e al bilancio consuntivo di esercizio la Conferenza esprime un parere fermo restando che la Giunta regionale può comunque procedere all'approvazione nei tempi previsti dalla normativa nazionale.

4. La Conferenza dei Sindaci provvede, altresì, a:

a) esprimere il proprio parere sullo PSSIR;

b) determinare, d'intesa con il direttore generale, l'ambito territoriale dei distretti sociosanitari sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 5, lettera c);

c) condividere preventivamente con il direttore dell'ATS Liguria la definizione e gli indirizzi del piano delle attività, verificarne l'andamento generale, trasmettendo le proprie osservazioni e proposte allo stesso;

d) esprimere alla Giunta regionale il parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6, del d.lgs. 502/1992 per la conferma del direttore generale dell'ATS Liguria;

e) richiedere alla Giunta regionale, con decisione assunta con una maggioranza che rappresenti il 90 per cento della popolazione e il 90 per cento dei comuni rappresentati, la revoca del direttore dell'ATS Liguria ovvero di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto, nel caso di mancata attuazione del piano attuativo annuale;

f) analizzare la relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'ATS Liguria trasmessa dal collegio sindacale, come previsto dall'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992;

g) adottare linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di intesa e di coordinamento;

h) garantire che gli accordi per l'esercizio delle attività sociosanitarie abbiano copertura economica.

Art. 14 quater.

(Collaborazione dei comuni) (218)

1. Alla realizzazione delle funzioni di cui agli articoli 14, 14 bis e 14 ter concorrono i comuni, tramite uno specifico accordo tra la Regione e il soggetto rappresentativo e associativo degli stessi in ambito regionale, che ne supporta le funzioni in ambito territoriale e ne cura l'assistenza tecnica.

Art. 15.

(Conferenza dei Sindaci delle ASL). (81)

1. La Conferenza dei Sindaci delle ASL è composta dai Sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna ASL ed esprime i bisogni sociosanitari delle comunità locali e corrisponde alle esigenze sanitarie della popolazione. (265)

2. Per lo svolgimento delle funzioni attribuite, la Conferenza dei Sindaci si avvale del soggetto rappresentativo e associativo dei comuni in ambito regionale.

3. La Presidenza della Conferenza dei Sindaci viene prioritariamente attribuita al Sindaco del Comune capoluogo di Provincia e, in subordine, al Sindaco del Comune individuato a maggioranza dalla Conferenza dei Sindaci.

Art. 16.

(Funzioni della Conferenza dei Sindaci delle ASL). (219)

1. La Conferenza dei Sindaci, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, garantisce la cooperazione tra le ASL e gli enti locali. A tal fine contribuisce a

delineare le linee di indirizzo e di attività delle ASL e a definire, altresì, la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

2. La Conferenza dei Sindaci provvede, altresì, a:

a) proporre al direttore di ASL, l'ambito territoriale dei distretti sociosanitari sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 2, lettera c);

b) condividere con il direttore dell'area, esprimendo parere obbligatorio non vincolante, la definizione e gli indirizzi del piano delle attività, verificarne l'andamento generale, la gestione del relativo budget assegnato, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte allo stesso;

c) esprimere al direttore generale dell'ATS Liguria, tramite il Presidente della Conferenza dei Sindaci, parere obbligatorio non vincolante in merito alla nomina, conferma e revoca del direttore di area;

d) adottare linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di intesa e di coordinamento;

e) garantire che gli accordi per l'esercizio delle attività sociosanitarie abbiano copertura economica;

f) condividere l'attuazione del programma di edilizia sanitaria, anche in relazione alla creazione di alloggi dedicati per il personale sanitario.

CAPO IV

AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA (220)

Art. 17.

(Fusione di Liguria Salute e delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5)

1. Al fine di promuovere la tutela della salute, assicurare livelli di assistenza adeguati e uniformi sul territorio regionale e garantire una presa in carico attiva e continuativa delle persone in condizione di fragilità, a decorrere dal 1° gennaio 2026, Liguria Salute, di cui alla l.r. 17/2016 e le Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 sono fuse. Dalla data di fusione, le Aziende sociosanitarie liguri sono incorporate in Liguria Salute, che assume il nome di Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria) e subentra a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività, nelle funzioni e nei rapporti giuridici attivi e passivi, interni ed esterni delle aziende incorporate.

2. Il patrimonio delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5, costituito dai beni mobili e immobili a esse appartenenti, comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, è trasferito all'ATS Liguria, salvo quanto previsto all'articolo 26, comma 5, con riferimento all'ospedale Villa Scassi. La presente legge costituisce titolo per la trascrizione ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del d.lgs. 502/1992.

Art. 17 bis.

(Funzioni e organizzazione dell'ATS Liguria)

1. La Regione, attraverso l'ATS Liguria, promuove la tutela della salute della popolazione e provvede alla gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, nonché all'omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale. ATS Liguria è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

2. Sono articolazioni aziendali dell'ATS Liguria:

a) cinque aree sociosanitarie locali (ASL) disciplinate all'articolo 17 ter;

b) un'area di gestione dei servizi accentrati - operation management (di seguito: area Liguria Salute) disciplinata dall'articolo 17 quater.

3. L'ATS Liguria, nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 8 provvede a:

a) erogare, attraverso le ASL i servizi di cui all'articolo 17 ter;

b) svolgere, attraverso l'area Liguria Salute, le funzioni di cui all'articolo 17 quater sia a favore delle aree dell'ATS Liguria, sia a vantaggio dell'intero SSR;

c) elaborare gli indirizzi operativi per l'attività delle ASL, gli obiettivi e definire le risorse a esse attribuiti;

d) stipulare gli accordi e i contratti con i soggetti accreditati pubblici e privati ai sensi del d.lgs. 502/1992, favorendo il rispetto degli obiettivi di qualità ed efficienza, nell'ottica di un approccio che possa rispondere ai sopravvenienti bisogni sanitari;

e) monitorare i bisogni del territorio e la corrispondenza agli stessi dell'offerta, dei volumi delle prestazioni nonché degli accordi contrattuali;

f) garantire i rapporti di informazione e collaborazione con gli enti locali integrando la risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali assicurati dai comuni;

g) garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;

h) perseguire economicità ed efficienza produttiva anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del fondo sanitario regionale attribuite;

i) favorire l'inserimento degli operatori sanitari e sociosanitari nelle Case di comunità, provvedendo a relazionare annualmente alla Commissione consiliare regionale competente per materia.

4. All'interno dell'ATS Liguria le attività di prevenzione sono erogate nell'ambito del dipartimento di prevenzione di cui all'articolo 43, il quale si articola in un modello a rete di erogazione dei servizi finalizzato a favorire la prossimità sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute, a promuovere la consapevolezza e l'autodeterminazione della persona (empowerment) per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita secondo una visione one health che considera la salute in rapporto all'ambiente come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile.

5. Al fine di facilitare l'integrazione sociosanitaria e l'efficientamento delle risorse professionali e strumentali dei servizi, si prevedono accordi tra il SSR (ASL) e i comuni (ambiti territoriali sociali) per facilitare l'accesso dei cittadini attraverso i punti unici di accesso (PUA), all'interno delle Case della comunità con il supporto del terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata.

6. A ciascuna area è preposto un direttore di area ai sensi degli articoli 24 bis e 24 ter.

7. L'organizzazione e il funzionamento dell'ATS Liguria sono disciplinati dalla presente legge, nonché dall'atto aziendale di cui all'articolo 25.

Art. 17 ter.

(Aree sociosanitarie locali (ASL))

1. Al fine di garantire il perseguimento dei LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione sociosanitaria e il coordinamento con le attività sociosanitarie e sociali, l'ATS

Liguria si articola in cinque ASL.

2. Le ASL costituiscono articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, sono dotate di autonomia gestionale e operativa secondo gli indirizzi aziendali e sulla base degli obiettivi e delle risorse ad esse attribuiti. Le ASL hanno il compito di assicurare alla popolazione le prestazioni incluse nei LEA e l'equo accesso ai servizi svolgendo funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione sociosanitaria nel territorio di riferimento.

3. Gli ambiti territoriali delle ASL sono cinque e corrispondono ai territori già afferenti alle cinque Aziende sociosanitarie liguri e, in particolare:

a) ASL 1: area sociosanitaria locale 1;

b) ASL 2: area sociosanitaria locale 2;

c) ASL 3: area sociosanitaria locale 3;

d) ASL 4: area sociosanitaria locale 4;

e) ASL 5: area sociosanitaria locale 5.

4. Le ASL svolgono, in particolare, le seguenti funzioni:

a) concorrono alla definizione degli obiettivi di salute da parte di ATS Liguria, nell'ambito della pianificazione aziendale;

b) effettuano, anche per il tramite dei distretti sociosanitari, l'analisi dei bisogni locali e la definizione dei volumi di attività e degli obiettivi assistenziali relativi al territorio di riferimento;

c) erogano, nel limite delle risorse assegnate dall'ATS Liguria, le prestazioni e i servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria e, in particolare:

1) prevenzione collettiva e sanità pubblica;

2) assistenza distrettuale;

3) assistenza ospedaliera;

4) prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3 septies, comma 4, del d.lgs. 502/1992;

5) servizi di emergenza sanitaria sul territorio;

d) coordinano le attività territoriali e ospedaliere dell'area di riferimento, svolgendo funzioni di raccordo tra le attività distrettuali e dipartimentali con l'attività dei presidi ospedalieri, con l'attività dell'area Liguria Salute e con il sistema integrato dei servizi alla persona;

e) garantiscono e promuovono la partecipazione dei cittadini alle funzioni di ASL;

f) organizzano la presa in carico e i percorsi assistenziali delle persone in condizioni di cronicità e di fragilità assicurando risposte integrate ai bisogni complessi sociosanitari;

g) provvedono alla rilevazione, all'orientamento e alla valutazione della domanda sanitaria e sociosanitaria, alla verifica del grado di soddisfacimento della stessa, nonché alla valutazione complessiva dei consumi nel territorio di riferimento;

h) gestiscono, secondo gli indirizzi aziendali, i processi di budget dell'area.

5. L'organizzazione e il funzionamento delle ASL sono disciplinati dall'atto di autonomia aziendale dell'ATS Liguria.

Art. 17 quater.

(Area Liguria Salute)

1. L'area Liguria Salute dell'ATS Liguria, sulla base degli atti di indirizzo della Regione e dell'atto aziendale, svolge, a livello

centralizzato, a favore di tutte le aree, le attività amministrative non direttamente connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie, ivi comprese la gestione del personale, la contabilità e il bilancio.

2. Svolge inoltre, a vantaggio dell'intero SSR, le seguenti funzioni:

a) gestione unitaria e centralizzata delle procedure di reclutamento e di amministrazione del personale;

b) gestione unitaria e centralizzata della rete logistica distributiva e dell'anagrafica unica regionale per l'automazione e centralizzazione dei magazzini e dei fornitori del SSR nonché attività di facility management;

c) centrale regionale d'acquisto per la sanità (CRAS), quale centrale di committenza anche per le procedure di affidamento dei lavori concernenti la realizzazione dei nuovi ospedali individuati dalla programmazione regionale. Nelle more del conseguimento della qualificazione da parte della CRAS quale centrale di committenza ai sensi della normativa vigente, le procedure di cui alla presente lettera restano in capo alla stazione unica appaltante regionale (SUAR); (266)

d) approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici destinati alla distribuzione in nome e per conto del SSR;

e) gestione delle attività di istruttoria tecnica ai fini dell'autorizzazione e accreditamento previste dalla l.r. 9/2017;

f) attività ispettive, di vigilanza e verifica nei confronti delle aziende ed enti del SSR nonché dei soggetti accreditati convenzionati, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, anche con riferimento all'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;

g) promozione e coordinamento della ricerca scientifica in materia sanitaria e biomedica e supporto nella gestione di progetti di ricerca in campo sanitario a livello regionale;

h) servizi tecnici per la valutazione della health technology assessment (HTA) ai sensi del regolamento (UE) 2021/2282 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 dicembre 2021, relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie e che modifica la direttiva 2011/24/UE, nonché supporto agli enti del SSR per l'acquisto di tecnologie sanitarie e servizi;

i) supporto tecnico in materia di rischio clinico-sanitario, gestione del fondo regionale in autoritenzione, coordinamento delle attività definite dai provvedimenti attuativi del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 15 dicembre 2023, n. 232 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati) e gestione amministrativa del Comitato regionale sinistri;

j) gestione amministrativa del Comitato etico regionale di cui alla 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) e di cui all'articolo 77;

k) predisposizione di appositi accordi affinché nei locali di proprietà degli enti del SSR, o in uso dagli stessi, non dedicati all'assistenza sanitaria, vengano individuati idonei spazi da adibire a foresterie per operatori sanitari e medici in formazione specialistica che operano professionalmente e/o

formativamente nell'ambito di ASL dove sono situati i locali di cui in precedenza;

l) predisposizione di appositi accordi non onerosi con l'Azienda regionale territoriale per l'edilizia (ARTE) per le attività di manutenzione ordinaria e/o straordinaria, oltre che di regolamentazione delle assegnazioni, dei locali di cui alla lettera k) agli operatori sanitari e medici in formazione specialistica aventi diritto;

m) coordinamento del sistema di emergenza sanitaria regionale 112 - 118 ai sensi dell'articolo 17 bis del d.lgs. 502/1992 e delle attività connesse, assicurando i LEA relativi a:

1) emergenza - urgenza extra ospedaliera;

2) trasporti sanitari in emergenza - urgenza, incluso il trasporto di organi e di tessuti destinati ai trapianti;

3) attività del numero unico armonizzato 116 - 117, numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura;

n) coordinamento delle attività di laboratorio analisi e diagnostica per immagini su tutto il territorio ligure;

o) attività di supporto operativo e di consulenza tecnico scientifica, in particolare attraverso studi, ricerche e istruttorie di progetti utili alla programmazione regionale;

p) attività di analisi e studio della ricaduta a livello territoriale della quota capitaria tra le ASL, al fine di valutare eventuali elementi correttivi, affinché vengano garantite su tutto il territorio regionale l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

p bis) ulteriori funzioni attribuite dalla Giunta regionale. (267)

2 bis. Per le funzioni di cui al comma 2 l'area Liguria Salute opera in dipendenza funzionale dalla direzione regionale competente in materia di sanità, alla quale assicura l'attuazione degli indirizzi, degli standard operativi e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Regione. (268)

2 ter. L'area Liguria Salute opera quale soggetto avvalso del soggetto aggregatore di cui all'articolo 1, comma 1, della legge regionale 5 marzo 2021, n. 2 (Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell'affidamento di lavori pubblici e strutture di missione); il rapporto di avvalimento è disciplinato da apposita convenzione. (269)

Art. 18. (Organi)

1. Sono organi dell'ATS Liguria:

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

2. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore sociosanitario, ai sensi di quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.

3. Il direttore sanitario è coadiuvato dal direttore del dipartimento ospedaliero, il quale sovrintende all'erogazione dei servizi resi dai presidi ospedalieri.

Art. 19. (Direttore generale dell'ATS Liguria)

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, nonché 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) la Giunta regionale nomina il direttore generale tra i soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 dello stesso d.lgs. 171/2016 in possesso dei requisiti ivi stabiliti. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

2. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, la Regione avvia la procedura di nomina rendendo noto, con apposito avviso pubblico sul sito istituzionale, l'incarico che intende attribuire ai fini della manifestazione d'interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui al comma 1. La Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della commissione preposta alla valutazione dei candidati, nonché le modalità e i criteri di selezione della rosa di candidati da proporre al Presidente della Giunta regionale.

3. Non possono essere nominati coloro che si trovano nelle condizioni di incompatibilità o inconferibilità previste:

a) dall'articolo 3, comma 11, del d.lgs. 502/1992;

b) dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità 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);

c) dall'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

4. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992.

5. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza dell'ATS Liguria.

6. Il direttore generale nomina:

a) i membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, ai sensi dell'articolo 3 ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992, effettuando la prima convocazione del collegio; (270)

b) il direttore amministrativo e il direttore sanitario, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 8, del d.lgs. 502/1992, nonché il direttore sociosanitario ai sensi della presente legge;

c) i direttori delle aree;

d) i direttori e i responsabili delle strutture complesse e conferisce e revoca gli incarichi di responsabilità aziendali.

7. Il direttore generale adotta, previo parere obbligatorio del collegio di direzione:

a) l'atto di autonomia aziendale e le sue modifiche e integrazioni;

b) il piano strategico triennale;

c) gli atti del bilancio;

d) i piani attuativi;

e) gli atti di amministrazione straordinaria o che, comunque, comportino variazioni nella consistenza patrimoniale dell'ATS Liguria.

8. Il direttore generale approva il programma delle attività territoriali (PAT) di cui all'articolo 36 predisposto dal direttore di ASL.

9. Il direttore generale è responsabile del raggiungimento degli

obiettivi indicati dalla Regione nonché della corretta ed economica gestione dell'ATS Liguria.

10. Il direttore generale trasmette alla Regione gli atti di cui al comma 7 per gli adempimenti di legge e assolve ad ogni altro obbligo informativo definito dalle direttive della Regione.

11. In considerazione della complessità e rilevanza dei compiti e delle funzioni attribuite al direttore generale dell'ATS Liguria, la Giunta regionale ne determina il trattamento economico complessivo in misura non superiore al limite massimo retributivo del personale pubblico di cui all'articolo 13 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale) convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Art. 20.

(Collegio sindacale)

1. La composizione, la funzione e la durata del collegio sindacale sono fissati dall'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992.

2. La qualità di membro del collegio sindacale è incompatibile con qualunque carica istituzionale elettiva nell'area di riferimento dell'ATS Liguria.

Art. 21.

(Collegio di direzione)

1. Il collegio di direzione svolge compiti relativi al governo delle attività cliniche e all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, all'innovazione e valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca.

2. Il collegio di direzione in tali ambiti, in particolare:

a) elabora proposte e concorre con la direzione aziendale alla definizione dell'atto aziendale, dei piani attuativi e dei bilanci;

b) definisce indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;

c) indica soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;

d) concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;

e) supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'ATS Liguria;

f) effettua le nomine di sua competenza dei componenti delle commissioni di concorso o di selezione del personale ai sensi della vigente normativa in materia.

3. Il direttore generale ha l'obbligo di convocare il collegio di direzione non meno di quattro volte l'anno e ogni qualvolta sia richiesto da almeno i due terzi dei componenti.

4. Il collegio di direzione è composto da:

a) il direttore generale, che lo presiede e ne determina l'attività;

b) il direttore sanitario;

c) il direttore amministrativo;

d) il direttore sociosanitario;

e) i direttori delle aree;

f) il direttore del dipartimento ospedaliero;

g) i direttori dei dipartimenti sanitari;

h) i dirigenti medici responsabili di presidio ospedaliero;

i) i direttori di distretto;

j) il responsabile dell'area infermieristica;

k) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;

l) un responsabile per le professioni sanitarie di cui alla legge

26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) a eccezione dell'area infermieristica di cui alla lettera j);

m) un medico di medicina generale e un pediatra di libera scelta convenzionati con l'ATS Liguria, indicati dalle organizzazioni sindacali di categoria;

n) un rappresentante della medicina specialistica ambulatoriale;

o) un medico veterinario.

5. I responsabili di cui al comma 4, lettere k) e l), sono individuati dal direttore generale con procedure elettive definite dalla Giunta regionale.

6. L'atto d'autonomia aziendale disciplina:

a) le modalità di funzionamento e la convocazione periodica dell'organo;

b) la partecipazione all'azione di governo;

c) la formulazione di pareri e proposte.

Art. 22.

(Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario)

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992, nonché del d.lgs. 171/2016, il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario, che lo coadiuvano nell'esercizio delle proprie funzioni. I requisiti, le incompatibilità e le inconferibilità alla carica e le funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono disciplinati dagli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992, nonché dal d.lgs. 39/2013 e dall'articolo 5, comma 9, del d.l. 95/2012. Ai fini della nomina a direttore sociosanitario occorre essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea ai sensi del previgente ordinamento e aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione. Al direttore sociosanitario si applica la disciplina delle incompatibilità e delle inconferibilità alla carica previste per il direttore amministrativo e sanitario.

2. L'incarico di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

3. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, del d.lgs. 502/1992.

4. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario sono preposti, per la parte di rispettiva competenza, all'organizzazione dei servizi e delle aree di riferimento, garantendo, in raccordo con la direzione generale e sulla base degli indirizzi emessi dalla stessa, il conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale.

5. Il direttore amministrativo sovrintende agli aspetti economici, finanziari e amministrativi aziendali.

6. Il direttore sanitario presiede agli aspetti igienici e sanitari aziendali.

7. Il direttore sanitario e il direttore sociosanitario presiedono alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni rese, ciascuno nell'ambito della propria area di competenza, e concorrono all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale e il territorio.

8. Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario cessano dall'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.

9. In caso di assenza o impedimento del direttore amministrativo o sanitario oppure sociosanitario le rispettive funzioni sono svolte da un dirigente di struttura complessa designato dal direttore generale.

10. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

11. Il compenso del direttore sanitario, amministrativo e sociosanitario è determinato dalla Giunta regionale in misura non superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, ai sensi dell'articolo 19.

Art. 23.

(Elenco degli aventi titolo alla nomina di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario)

1. Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario attingendo agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016.

2. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016, la Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della commissione preposta alla valutazione dei candidati.

Art. 24.

(Consiglio dei sanitari)

1. Il consiglio dei sanitari, ai sensi dell'articolo 3, comma 12, del d.lgs. 502/1992, è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza e altri operatori sanitari laureati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'azienda è presente un presidio ospedaliero, nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. (271)

2. Il consiglio dei sanitari esprime parere:

a) sull'atto di autonomia aziendale e sui piani attuativi aziendali;

b) sulle materie individuate dall'atto di autonomia aziendale;

c) su richiesta del direttore generale o del direttore sanitario.

3. I pareri obbligatori di cui al comma 2, lettere a) e b), devono essere resi entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.

4. Il consiglio dei sanitari dura in carica cinque anni.

Art. 24 bis.

(Direttore di ASL)

1. I direttori di ASL sono nominati dal direttore generale dell'ATS Liguria e sono scelti, a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti alla nomina, di attività di dirigenza di strutture pubbliche o private, di media o grande dimensione, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, o di presidenza di commissioni mediche ministeriali, in possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del previgente ordinamento.

2. Il rapporto di lavoro del direttore di ASL è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato. L'incarico ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni; il trattamento

economico del direttore di ASL, parametrato a quello del direttore generale dell'ATS Liguria, è determinato dalla Giunta regionale. Al direttore di ASL si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.

3. Il direttore di area è il responsabile apicale dell'area e svolge le seguenti funzioni di:

- a) gestione operativa dei servizi sanitari e sociosanitari dell'area;
- b) allocazione e controllo del budget assegnato dalla direzione generale;
- c) coordinamento dei distretti e delle strutture ospedaliere locali al fine di garantire, nell'ambito della programmazione aziendale, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e sociosanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità;
- d) monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali, dell'appropriatezza e qualità dei servizi nonché monitoraggio dei tempi di attesa.

4. Il direttore di area risponde direttamente al direttore generale dell'ATS Liguria. Collabora con i Sindaci del territorio, mantenendo il presidio della relazione istituzionale locale.

5. I direttori di ASL sono sottoposti a verifica annuale della performance e il mantenimento degli incarichi conferiti è correlato al raggiungimento degli obiettivi in relazione al budget assegnato, secondo le modalità previste dalla normativa e dalle disposizioni vigenti in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali.

6. I direttori di ASL cessano dall'incarico non oltre sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo direttore generale dell'ATS Liguria, salvo conferma.

7. I direttori di ASL sono individuati quali datori di lavoro per gli effetti di cui al 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). A tal fine dispongono delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.

8. I direttori di ASL rendicontano annualmente al direttore generale l'utilizzo delle risorse loro assegnate per lo svolgimento delle funzioni di datore di lavoro. La rendicontazione è trasmessa anche al collegio dei revisori dei conti, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.

9. I datori di lavoro coordinano le proprie attività nell'ambito di una conferenza permanente dei datori di lavoro, la cui composizione e funzioni sono disciplinate nell'atto di autonomia aziendale di cui all'articolo 25.

10. I direttori di ASL nominano, tra il personale dirigenziale afferente all'area, un responsabile sanitario, uno amministrativo, uno logistico e uno sociosanitario.

Art. 24 ter.

(Direttore dell'area Liguria Salute)

1. Il direttore dell'area Liguria Salute è nominato dal direttore generale dell'ATS Liguria ed è scelto, a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che, in possesso di comprovata esperienza e competenza nell'ambito delle materie affidate alla struttura, hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti alla nomina, di attività di dirigenza in enti pubblici o privati, di media o grande dimensione con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle

risorse umane, tecniche e finanziarie, in possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del previgente ordinamento.

2. Il rapporto di lavoro del direttore è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato. L'incarico ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni; il trattamento economico è determinato con provvedimento della Giunta regionale, in misura percentuale con riferimento al trattamento economico del direttore generale. Al direttore dell'area Liguria Salute si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.

3. Il direttore è sottoposto a verifica annuale della performance e il mantenimento dell'incarico è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali.

4. Il direttore di Liguria Salute è individuato quale datore di lavoro per gli effetti di cui al d.lgs. 81/2008. A tal fine dispone delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.

5. Il direttore rendiconta annualmente al direttore generale l'utilizzo delle risorse assegnate per lo svolgimento delle funzioni di datore di lavoro. La rendicontazione è trasmessa anche al collegio dei revisori dei conti, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.

6. Il direttore cessa dall'incarico non oltre sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo direttore generale di ATS Liguria, salvo conferma.

Art. 25.

(Atto di autonomia aziendale)

1. L'ATS Liguria determina la propria organizzazione e il proprio funzionamento nell'atto di autonomia aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del d.lgs. 502/1992.

2. L'atto di autonomia aziendale è adottato dal direttore generale nel rispetto delle previsioni di cui alle leggi nazionali e regionali e in coerenza con i principi, gli indirizzi e gli obiettivi fissati dalla Regione per l'adozione degli atti di autonomia aziendale.

3. L'atto di autonomia aziendale disciplina in particolare:

- a) l'articolazione organizzativa delle aree e dei presidi ospedalieri;
- b) le modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti;
- c) le responsabilità, le attribuzioni e i compiti del direttore amministrativo, del direttore sanitario, del direttore sociosanitario, dei direttori di area, del direttore del dipartimento ospedaliero, del direttore di distretto e di dipartimento e dei dirigenti delle strutture, ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'ATS Liguria verso l'esterno;
- d) i criteri e le modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti.

4. Per la disciplina di determinate materie l'atto di autonomia aziendale può rinviare a specifici regolamenti.

CAPO V

ATTIVITÀ OSPEDALIERA (19) (221)

Art. 26.

(Attività ospedaliera) (222)

1. L'attività ospedaliera del SSR è svolta, nel rispetto degli

standard previsti dal decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), dall'ATS Liguria attraverso i propri presidi ospedalieri.

2. Al fine di garantire uniformità e integrazione nel territorio metropolitano, l'attività ospedaliera è altresì erogata in forma coordinata e unificata nell'ambito dall'area dei servizi ospedalieri metropolitani dai seguenti soggetti:

a) AOM, quale configurazione di più ospedali tra cui l'IRCCS ospedale Policlinico San Martino, il plesso Villa Scassi, il plesso Galliera con le modalità di cui al comma 3, il plesso San Carlo e il plesso Erzelli. La qualifica di IRCCS, nelle aree tematiche di afferenza di oncologia e neurologia, è riferita unicamente alla sede dell'IRCCS ospedale Policlinico San Martino sita in Genova, oggetto di riconoscimento del carattere scientifico (di seguito: sede); (272)

b) IRCCS Istituto Giannina Gaslini;

c) ospedale Evangelico internazionale.

3. L'EO Ospedali Galliera e l'IRCCS AOM disciplinano la gestione coordinata delle proprie attività sanitarie con apposita convenzione.

4. Il direttore generale dell'EO Ospedali Galliera è nominato dalla Giunta regionale su proposta del consiglio d'amministrazione dell'ente, tra i soggetti inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina a direttore generale delle aziende di cui all'articolo 19, comma 1, e ad esso si applicano gli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992.

5. Le funzioni sanitarie assistenziali svolte presso l'ospedale Villa Scassi e l'ospedale San Carlo sono assunte dall'AOM a decorrere, rispettivamente, dal 1° gennaio 2026 e dal 1° luglio 2026. (273)

6. I soggetti di cui al comma 2 definiscono la propria organizzazione tenendo conto:

a) degli atti di programmazione regionale;

b) delle funzioni di emergenza e di alta specialità attribuite;

c) della complessità della casistica trattata;

d) delle attività di ricerca e di didattica.

7. In particolare, i soggetti di cui al comma 2:

a) erogano prestazioni e servizi appropriati;

b) rendono coerente l'offerta aziendale con le politiche di integrazione e organizzazione a rete dell'offerta ospedaliera regionale;

c) coniugano l'attività assistenziale con le attività di ricerca e didattica ai fini di una concreta applicazione dei risultati;

d) perseguono economicità ed efficienza produttiva.

8. I soggetti di cui al comma 2 realizzano collegamenti funzionali e forme di integrazione e di coordinamento al fine di garantire agli assistiti percorsi assistenziali di diagnosi, cura e riabilitazione integrati e tempestivi.

9. I soggetti di cui al comma 2 possono realizzare i collegamenti funzionali e le forme di integrazione e di coordinamento, di cui al comma 8, anche con i presidi ospedalieri delle altre ASL.

Art. 27.

(Aspetti istituzionali) (223)

1. Gli IRCCS e l'EO Ospedali Galliera quali enti aventi natura pubblica fanno parte del SSR, secondo i rispettivi ordinamenti.

2. L'apporto al SSR delle attività dell'ospedale Evangelico

internazionale è regolamentato con le modalità di cui all'articolo 4, comma 12, del d.lgs. 502/1992. La Regione stipula accordi, anche di durata pluriennale, con l'ospedale Evangelico internazionale con i quali sono disciplinati i rapporti con il SSR.

3. Agli IRCCS, agli EO Ospedali Galliera e all'ospedale Evangelico internazionale si applicano le disposizioni previste dalla normativa nazionale e dalla presente legge nonché quelle previste dalle altre norme regionali in quanto compatibili con il regime giuridico-amministrativo di tali strutture.

Art. 27 bis

(Attribuzione all'IRCCS Istituto Giannina Gaslini delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico in capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri) (165)

1. Le funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico in capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri sono assunte dall'IRCCS Istituto Giannina Gaslini a decorrere dal 1° luglio 2022.

2. Il personale adibito all'esercizio delle funzioni di cui al comma 1 in servizio alla data del 31 dicembre 2021 presso le Aziende Socio Sanitarie Liguri, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, nonché con contratto a tempo determinato fino alla scadenza prevista, è trasferito dalle Aziende Socio Sanitarie Liguri all'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, a far data dal 1° luglio 2022, ai sensi dell'articolo 31 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modificazioni e integrazioni.

3. La dotazione organica dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini è conseguentemente rideterminata, a far data dal 1° luglio 2022, tenendo conto della consistenza numerica e dell'inquadramento giuridico del personale trasferito ai sensi del comma 2, con corrispondente riduzione della consistenza delle dotazioni organiche da parte delle Aziende di provenienza del personale.

4. Al personale trasferito è attribuito il trattamento economico accessorio spettante al personale dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Dal 1° luglio 2022, per il personale di cui al periodo precedente, cessano gli incarichi di funzione, nonché le eventuali indennità comunque denominate, fatta salva la facoltà di nuova attribuzione secondo la disciplina contrattuale applicata al personale dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini.

5. Sulla base del numero dei dipendenti oggetto del trasferimento sono incrementati i fondi delle pertinenti aree contrattuali presso l'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, con corrispondente e analoga riduzione presso le Aziende di provenienza.

6. Le porzioni del patrimonio immobiliare destinate alle funzioni di cui al comma 1 restano nella proprietà delle Aziende Socio Sanitarie Liguri e sono assegnate in comodato d'uso gratuito all'IRCCS Istituto Giannina Gaslini secondo quanto stabilito dal provvedimento di cui al comma 9, lettera a). I beni strumentali sono parimenti assegnati in comodato d'uso gratuito la cui durata è stabilita dagli accordi tra le parti.

7. Nella definizione del riparto delle risorse annuali del Fondo Sanitario Regionale, la Regione tiene conto degli effetti del trasferimento di funzioni di cui al presente articolo, ad invarianza del finanziamento complessivo definito per l'esercizio di riferimento.

8. Nelle more del trasferimento definitivo e fino al 30 giugno 2022, le Aziende sono autorizzate a usufruire del 50 per cento delle risorse attribuite per le funzioni di cui al comma 1, fatte

salve eventuali deroghe stabilite dalla Giunta regionale per particolari necessità.

9. La Giunta regionale, con propri provvedimenti, da adottarsi entro quarantacinque giorni dall'entrata in vigore del presente articolo:

a) definisce i termini e le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, nonché, con riferimento al patrimonio immobiliare di cui al comma 6, la durata del comodato d'uso gratuito;

b) fissa le modalità per la ricognizione complessiva delle attività, delle passività, dei beni mobili e immobili, delle funzioni e dei servizi svolti, delle risorse umane, finanziarie e strumentali alla data del 30 giugno 2022 con riferimento alle funzioni da trasferire ai sensi del comma 1.

10. Alla data del 1° luglio 2022 l'IRCCS Istituto Giannina Gaslini succede nelle attività, nei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli relativi al personale, facenti capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri relativi alle funzioni trasferite ai sensi del comma 1.

11. Il contenzioso derivante dalle funzioni e attività di cui al comma 1, svolte fino alla data del 30 giugno 2022 e i relativi oneri, rimangono in capo a ciascuna Azienda Socio Sanitaria che vi provvede con propri fondi.

Art. 27 ter
(Clausola valutativa) (166)

1. Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria valuta l'attuazione e i risultati ottenuti dalle disposizioni di cui alla presente legge concernenti l'attribuzione all'IRCCS Istituto Giannina Gaslini delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico in capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri. A tal fine la Giunta regionale, trascorsi due anni dall'entrata in vigore dell'articolo 27 bis e con successiva periodicità annuale, presenta al Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria una relazione sullo stato di attuazione e sull'efficacia delle disposizioni di cui al citato articolo 27 bis, fornendo in particolare risposte documentate ai seguenti quesiti:

a) i risultati ottenuti nel perseguimento dell'obiettivo di fornire una risposta più qualificata ai bisogni assistenziali e di cura dei pazienti pediatrici anche in termini di riduzione dei tempi delle liste di attesa;

b) i risultati ottenuti con riferimento al dato della mobilità passiva dei pazienti;

c) le eventuali criticità incontrate nell'attuazione degli interventi.

2. Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria assicura, ai sensi dell'articolo 14 della legge regionale 8 giugno 2011, n. 13 (Norme sulla qualità della regolazione e sulla semplificazione amministrativa) e successive modificazioni e integrazioni, l'adeguata divulgazione degli esiti e del controllo della valutazione della presente legge, anche mediante pubblicazione nel sito web istituzionale.

Art. 28.
(IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana) (224)

1. L'IRCCS ospedale Policlinico San Martino, costituito 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), a far data dal 1° gennaio 2026, assume la denominazione di IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana (IRCCS AOM).

2. L'IRCCS AOM ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile.

3. Nell'ambito dell'AOM, l'IRCCS ospedale Policlinico San Martino, sede oggetto di riconoscimento del carattere scientifico, nelle aree tematiche di afferenza di oncologia e neurologia, persegue, garantendone la complementarità e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale. (274)

4. L'IRCCS AOM assicura la realizzazione della collaborazione fra SSR e Università degli studi di Genova, ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

Art. 28 bis.
(Organi dell'IRCCS AOM) (225)

1. Sono organi dell'IRCCS AOM:

- a) il consiglio di indirizzo e verifica;
- b) il direttore generale;
- c) il direttore scientifico;
- d) il collegio sindacale;
- e) il collegio di direzione.

2. Il consiglio di indirizzo e verifica concorre, al di fuori della gestione diretta, a determinare, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'IRCCS AOM con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione. Tale organo verifica, altresì, il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca. Il consiglio verifica la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'Istituto rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il consiglio riferisce al Presidente della Giunta regionale e al Ministro della salute.

3. Il consiglio di indirizzo e verifica esprime parere preventivo obbligatorio in merito agli atti del direttore generale aventi a oggetto le determinazioni di alienazione del patrimonio, l'adozione e le modifiche del regolamento di organizzazione e funzionamento, l'adozione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio e i provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni.

4. Il consiglio di indirizzo e verifica è nominato dalla Regione, resta in carica cinque anni ed è composto da cinque membri, scelti tra soggetti di comprovata competenza e professionalità. I componenti sono designati: uno dalla Regione, uno dall'Università degli studi di Genova, uno dal Ministero della salute, uno dalla Conferenza dei Sindaci di cui all'articolo 14 bis. Il quinto membro, con funzioni di presidente, è nominato dalla Giunta regionale sentito il Ministero della salute. Non possono farne parte i dipendenti dell'IRCCS AOM o della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Genova, nonché coloro che hanno rapporti di collaborazione con tali soggetti.

5. Il direttore generale è nominato dalla Giunta regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Genova e sentito il Ministro della salute, tra i soggetti inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina a direttore generale delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 19, comma 1, e a esso si applicano gli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992. La Giunta regionale all'atto della nomina attribuisce al direttore generale ulteriori specifici

obiettivi funzionali al raccordo tra attività di assistenza e di ricerca, nonché alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca definito per l'Istituto e approvato dal Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 6, comma 1 ter, del d.lgs. 288/2003. (275)

6. In considerazione della complessità e rilevanza dei compiti e delle funzioni derivanti dalla gestione unificata dell'attività ospedaliera nell'area dei servizi ospedalieri metropolitani, la Giunta regionale determina il trattamento economico complessivo del direttore generale dell'IRCCS AOM in misura non superiore al limite massimo retributivo del personale pubblico di cui all'articolo 13 del d.l. 66/2014.

7. Il direttore scientifico, cui compete la responsabilità dell'attività di ricerca, in coerenza con i principi di cui al d.lgs. 288/2003 nonché con i programmi nazionali e regionali in materia e nei limiti delle risorse assegnate, è nominato, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 26 febbraio 2007, n. 42 (Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - IRCCS), dal Ministro della salute, sentito il Presidente della Giunta regionale. L'incarico del direttore scientifico è esclusivo. Al fine di garantire l'integrazione tra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca, il direttore scientifico per l'esercizio delle sue funzioni opera in diretta collaborazione con il direttore generale. (276)

8. Il collegio sindacale dell'IRCCS AOM è disciplinato ai sensi degli articoli 3, comma 13, e 3 ter del d.lgs. 502/1992.

9. Il collegio di direzione è così composto:

- a) il direttore generale che lo presiede e ne determina l'attività;
- b) il direttore scientifico;
- c) il direttore sanitario;
- d) il direttore amministrativo;
- e) il direttore operativo della sede e i direttori dei plessi ospedalieri di cui all'articolo 26, comma 2, lettera a); (277)
- f) i direttori dei dipartimenti sanitari, dei dipartimenti ad attività integrata e dei dipartimenti di ricerca;
- g) il responsabile dell'area infermieristica;
- h) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
- i) un responsabile per le professioni sanitarie di cui alla l. 42/1999 ad eccezione dell'area infermieristica di cui alla lettera g).

10. I responsabili di cui alle lettere h) e i) sono individuati dal direttore generale con le procedure elettive previste dal regolamento di organizzazione e funzionamento.

11. Il direttore generale si avvale del collegio di direzione ai fini dell'integrazione tra le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, nonché per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. Il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, concordati anche con l'Università, delle soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero-professionali intramurarie e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale, altresì, del collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'IRCCS AOM, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

Art. 28 ter.

(Organizzazione e funzionamento dell'IRCCS AOM) (226)

1. Il direttore generale adotta il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS AOM sulla base delle direttive

regionali, nel rispetto delle previsioni di cui alle leggi nazionali e regionali e in coerenza con i principi fissati dall'accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 1° luglio 2004 (Atto di intesa recante: "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni" di cui all'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131), sentito il Rettore dell'Università degli studi di Genova, acquisito il parere del consiglio di indirizzo e verifica, e lo trasmette entro cinque giorni dall'adozione per l'approvazione alla Regione e al Ministero della salute. (278)

2. Il coordinamento delle attività del direttore generale e quelle del direttore scientifico è garantito dal regolamento di organizzazione e funzionamento in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria e nel rispetto dell'autonomia regionale al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza.

3. La Giunta regionale, entro i successivi quaranta giorni, approva il regolamento, anche con le modifiche ritenute necessarie, acquisite le eventuali osservazioni del Ministero della salute.

4. L'assetto organizzativo dell'AOM deve assicurare lo svolgimento complementare e integrato delle funzioni assistenziali, delle funzioni formative nonché di quelle scientifiche e di ricerca nelle discipline di oncologia e neurologia e in quelle complementari e integrate svolte presso la sede oggetto del riconoscimento. Resta fermo quanto previsto dalla disciplina nazionale e regionale per quanto attiene all'assetto organizzativo e al funzionamento delle restanti attività formative, assistenziali, scientifiche e di ricerca che concorrono allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università. (279)

5. Il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS AOM disciplina, anche in coerenza con le previsioni di cui al d.lgs. 517/1999 e del d.lgs. 288/2003, in particolare:

- a) le macro-articolazioni aziendali;
- b) le modalità di funzionamento dei dipartimenti;
- c) le responsabilità, le attribuzioni e i compiti del direttore amministrativo, del direttore sanitario, del direttore operativo della sede e dei direttori dei plessi ospedalieri di cui all'articolo 26, comma 2, lettera a), dei direttori di dipartimento e dei dirigenti delle strutture, ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'AOM verso l'esterno; (280)
- d) l'assetto funzionale e organizzativo delle attività di trapianto di organi solidi e tessuti in attuazione della legge regionale 4 dicembre 2009, n. 60 (Organizzazione regionale dei prelievi e dei trapianti di organi, tessuti e cellule);
- e) i criteri e le modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti;
- f) le modalità di gestione amministrativa e contabile autonoma delle attività di ricerca.

6. Per la disciplina di determinate materie il regolamento di organizzazione e funzionamento può rinviare a specifici regolamenti.

7. Ai sensi dell'articolo 22, il direttore generale nomina, tra i soggetti inseriti negli elenchi di cui all'articolo 23, il direttore amministrativo e il direttore sanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle sue funzioni. Il compenso del direttore sanitario e del direttore amministrativo è determinato dalla Giunta

regionale in misura non superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, ai sensi dell'articolo 28 bis.

8. Il direttore generale nomina, altresì, il direttore operativo della sede, al quale si applica la disciplina di cui all'articolo 28 sexies, e i direttori dei plessi ospedalieri. **(281)**

9. Le nomine dei direttori di dipartimento ad attività integrata ospedaliera e universitaria sono effettuate dal direttore generale d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Genova, garantendo l'equilibrio numerico tra le direzioni universitarie e ospedaliere.

Art. 28 quater.

(Disposizioni di riferimento e di finanziamento dell'IRCCS AOM) (227)

1. I rapporti tra Regione Liguria e Università degli studi di Genova sono regolati da un protocollo d'intesa ai sensi dell'articolo 12 della presente legge e della legge regionale 20 gennaio 2005, n. 1 (Disciplina dei rapporti fra la regione Liguria e l'Università degli studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

2. Nulla è innovato in materia di finanziamento delle attività di assistenza e di ricerca svolte dall'IRCCS AOM. L'attività di ricerca è finanziata ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del d.lgs. 288/2003.

Art. 28 quinquies.

(Organi consultivi dell'IRCCS AOM) (228)

1. Al fine di svolgere funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività clinica e di ricerca è costituito il Comitato tecnico scientifico ai sensi dell'articolo 6 della l.r. 7/2006 e dei principi stabiliti dall'accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 1° luglio 2004.

Art. 28 sexies.

(Direttore di plesso ospedaliero) (229)

1. I direttori dei plessi ospedalieri ospedale Policlinico San Martino, EO Ospedali Galliera, ospedale Villa Scassi ed Erzelli sono scelti a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti alla nomina, di attività di dirigenza negli enti pubblici o privati, di media o grande dimensione con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, in possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del previgente ordinamento.

2. Il rapporto di lavoro del direttore è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato. L'incarico ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni. Ai direttori di plesso ospedaliero si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.

3. Il trattamento economico del direttore di plesso ospedaliero, parametrato a quello del direttore generale dell'IRCCS AOM, è determinato dalla Giunta regionale.

4. Il direttore svolge le seguenti funzioni:

- a) gestione operativa dei servizi;
- b) allocazione e controllo del budget assegnato dalla direzione generale dell'IRCCS AOM;
- c) monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi, dell'appropriatezza e qualità degli stessi nonché monitoraggio dei tempi di attesa.

5. Il direttore è sottoposto a verifica annuale della performance e il mantenimento dell'incarico conferito è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia di valutazione di incarichi dirigenziali.

6. Il direttore cessa dall'incarico entro sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo direttore generale dell'IRCCS AOM, salvo conferma.

7. I direttori di plesso ospedaliero sono individuati quali datori di lavoro per gli effetti di cui al d.lgs. 81/2008. A tal fine dispongono delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.

8. I direttori di plesso rendicontano annualmente al direttore generale l'utilizzo delle risorse loro assegnate per lo svolgimento delle funzioni di datore di lavoro. La rendicontazione è trasmessa anche al collegio dei revisori dei conti, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.

9. I datori di lavoro coordinano le proprie attività nell'ambito di una conferenza permanente dei datori di lavoro, la cui composizione e funzioni sono disciplinate nel regolamento di organizzazione e funzionamento di cui all'articolo 28 ter.

10. I direttori individuano, tra il personale dirigenziale afferente al plesso, un vicedirettore, con funzioni di vicario.

Art. 29.

(Disposizione di rinvio) (230)

1. Le disposizioni del Capo IV del presente Titolo trovano applicazione, in quanto compatibili, nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 26, comma 2.

Art. 29 bis.

(Funzioni di indirizzo e verifica strategica) (231)

1. È istituito presso l'assessorato regionale competente in materia di sanità un board di indirizzo e verifica strategica, composto dal Presidente della Giunta regionale, dall'Assessore regionale alla salute, dai direttori generali regionali dell'area salute e servizi sociali e della direzione centrale finanza, bilancio e controlli, dal direttore generale dell'ATS Liguria, dal direttore generale dell'IRCCS AOM, dal Presidente dell'EO Ospedali Galliera, o suo delegato, e dal direttore generale di Liguria Digitale, con funzioni di coordinamento e monitoraggio del sistema sanitario regionale e dal Presidente di ANCI Liguria o un Presidente della Conferenza dei Sindaci, scelto da tutti i Presidenti della Conferenza dei Sindaci delle ASL nel corso delle sue funzioni.

TITOLO III

ASSETTI ORGANIZZATIVI

CAPO I

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Art. 30.

(Piano strategico aziendale).

1. Contestualmente all'approvazione del bilancio pluriennale di previsione di cui all'articolo 24 della legge regionale 8 febbraio 1995 n. 10 (finanziamento, gestione patrimoniale ed economico-finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle altre Aziende del Servizio Sanitario regionale) le Aziende sanitarie adottano il piano strategico aziendale, nel rispetto della programmazione regionale.

2. Il piano strategico aziendale ha durata triennale e si estrinseca in termini economici, finanziari e patrimoniali nel bilancio pluriennale di previsione. Il piano strategico è aggiornato annualmente a scorrimento.

3. Il piano strategico aziendale determina:

- a) gli obiettivi di tutela della salute;
- b) la quantificazione dei fabbisogni di prestazioni;
- c) i servizi e le attività da istituire, potenziare o dismettere;
- d) i livelli programmati di prestazioni da erogare attraverso la stipula di accordi e contratti con gli erogatori pubblici e privati;
- e) il piano per gli investimenti relativo alle strutture, alle tecnologie, all'aggiornamento ed alla qualificazione degli operatori.

4. Il piano strategico identifica in modo specifico per le attività ospedaliere il fabbisogno di posti letto e la loro riqualificazione al fine di raggiungere gli obiettivi regionali.

Art. 31.

(Piano attuativo annuale).

1. I direttori generali delle Aziende sanitarie, annualmente, adottano il piano attuativo aziendale.

2. Il piano attuativo delinea, rispetto alle macro aree organizzative aziendali, i programmi di attività ed i progetti operativi, definendo gli standard quantitativi e qualitativi, gli indicatori di verifica e attribuendo le risorse necessarie.

3. Il piano attuativo si realizza attraverso l'adozione delle metodiche di budget di cui al Titolo IV, Capo II della l.r. 10/1995.

CAPO II

ARTICOLAZIONI AZIENDALI

Art. 32.

(Articolazione dell'ATS Liguria e relative funzioni) (232)

1. L'ATS Liguria si articola in ASL, distretti sociosanitari, presidi ospedalieri, area dipartimentale di prevenzione e, inoltre, si organizza in dipartimenti secondo quanto previsto dal Capo V.

2. Le articolazioni territoriali e organizzative di cui al comma 1 sono dotate di autonomia tecnico-gestionale e soggette a rendicontazione analitica all'interno del bilancio aziendale.

CAPO III

DISTRETTO SANITARIO

Art. 33.

(Distretto sociosanitario) (233)

1. Il distretto sociosanitario costituisce l'articolazione organizzativa dell'ATS Liguria preposta alla gestione e al coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

2. Il distretto sociosanitario, attraverso i modelli assistenziali territoriali previsti dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale) rappresenta il punto di riferimento per l'accesso unitario dell'utenza a tutte le prestazioni erogate dall'ATS Liguria nonché la sede operativa deputata a promuovere l'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali del territorio.

3. I distretti provvedono a:

- a) valutare i bisogni e le domande di prestazioni e servizi

della popolazione di riferimento;

b) erogare le prestazioni sanitarie, quelle sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali, se delegate dai comuni;

c) erogare prestazioni e servizi di base secondo le modalità definite dalla programmazione aziendale e dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 36.

Art. 34.

(Direttore di Distretto). (30)

1. L'incarico di direttore di Distretto è attribuito dal direttore generale dell'ATS Liguria a un dirigente del Servizio Sanitario Nazionale, 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 e successive modificazioni ed integrazioni, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria. (234)

2. L'incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento di procedure comparative nel rispetto dei principi di trasparenza, selettività ed evidenza pubblica, in forza delle disposizioni recate da apposita direttiva vincolante da emanarsi dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della presente legge.

3. L'incarico di direttore di Distretto è conferito in base all'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modificazioni e integrazioni. L'incarico può essere rinnovato. Il trattamento economico del direttore di Distretto è definito dalla direttiva vincolante di cui al comma 2. Per il periodo di durata del contratto i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio. (109)

4. Il direttore di Distretto realizza il programma di cui all'articolo 36 e gestisce le risorse assegnate al Distretto in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, l'integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e la continuità assistenziale. Il direttore del Distretto supporta la direzione di area nei rapporti con i Sindaci dell'ambito territoriale sociale. (235)

5. Il coordinamento e l'integrazione degli interventi sociosanitari di cui all'articolo 36 è assicurato dall'Unità Distrettuale composta dal direttore di Distretto e dal direttore sociale di cui alla l.r. 12/2006 e successive modificazioni ed integrazioni, nominato dal Comitato dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale. (236)

6. Per le attività sociosanitarie il direttore di Distretto e il direttore sociale si avvalgono di un Comitato distrettuale composto dai coordinatori di ambito territoriale sociale di cui alla l.r. 12/2006 e successive modificazioni ed integrazioni, dai responsabili delle strutture organizzative che operano nel Distretto sociosanitario, dai membri dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali previsto dall'articolo 3 sexies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

7. Annualmente, il direttore di ASL e la Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale verificano i risultati e gli obiettivi d'integrazione sociosanitaria fissati, d'intesa, nel Piano sociosanitario del Distretto di cui all'articolo 26 della l.r. 12/2006 e successive modificazioni ed integrazioni. (237)

Art. 35.

(Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale).
(238)

1. I Sindaci dei Comuni compresi nella delimitazione territoriale di ogni Distretto sociosanitario costituiscono la Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale la cui composizione, i compiti e le modalità di funzionamento sono disciplinati dalla l.r. 12/2006. (239)

Art. 36.

(Programma delle attività territoriali).

1. Il programma delle attività territoriali, i cui contenuti sono fissati all'articolo 3 quater, commi 2 e 3 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, è approvato annualmente dal direttore operativo di ASL, previo parere della Conferenza dei Sindaci di Distretto. L'intesa sulla pianificazione del Distretto socio sanitario di cui all'articolo 26 della l.r. 12/2006 costituisce attuazione dell'articolo 3 quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, in quanto strumento di integrazione e coordinamento delle attività, dei servizi e delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. (240)

**CAPO IV
PRESIDI OSPEDALIERI**

Art. 37.

(Presidi e strutture ospedaliere).

1. Il Presidio ospedaliero è la struttura tecnico funzionale dell'ATS Liguria che eroga prestazioni di ricovero, ambulatoriali e specialistiche anche all'esterno dello stabilimento ospedaliero. (241)

2. Il direttore generale dell'ATS Liguria provvede nell'atto di autonomia aziendale, in coerenza con gli atti di programmazione regionale, a costituire uno o più presidi ospedalieri anche a seguito dell'accorpamento organizzativo di più stabilimenti. (242)

3. L'accorpamento di più stabilimenti in unico Presidio è finalizzato a:

a) favorire l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee guida che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;

b) riorganizzare le attività ospedaliere e specialistiche in funzione delle modalità assistenziali, dell'intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero, anche al fine di superare l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

4. La direzione del presidio ospedaliero è disciplinata dall'articolo 4, comma 9, del d.lgs. 502/1992. (126)

5. (Omissis) (243)

6. (Omissis) (244)

**CAPO V
ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE**

Art. 38.

(Dipartimenti).

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. I Dipartimenti possono essere aziendali o interaziendali.

3. Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di più unità

operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

4. Le unità operative e le altre strutture organizzative che costituiscono i Dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico legale.

Art. 39.

(Costituzione).

1. Il direttore generale individua, ad esclusione dei Dipartimenti istituiti con legge o attraverso altri provvedimenti regionali, le componenti organizzative del Dipartimento, ne definisce finalità, responsabilità e interdipendenze, fissa la composizione e costituisce il Comitato di Dipartimento di cui all'articolo 42.

2. Il Dipartimento può comprendere unità operative territoriali e unità operative appartenenti ad ospedali e presidi ospedalieri diversi salvo quanto disposto al comma 1. In tali casi, il direttore generale ovvero i direttori generali interessati, qualora si tratti di Dipartimenti interaziendali, ne definiscono, nel rispetto dei principi fissati dalla presente legge, le modalità di funzionamento.

3. Il Dipartimento aggrega almeno quattro strutture organizzative complesse e può comprendere, anche strutture organizzative semplici.

4. In deroga a quanto disposto dal comma 3, le Aziende sanitarie, previa specifica richiesta motivata, possono essere autorizzate dalla Giunta regionale a costituire Dipartimenti che aggregano quattro strutture organizzative, di cui almeno una complessa.

5. La Giunta regionale approva direttive vincolanti:

a) per istituire Dipartimenti di interesse regionale;

b) per fissare i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione ed il funzionamento dei Dipartimenti (31);

b bis) per l'organizzazione dei Dipartimenti delle cure primarie e attività distrettuali (32).

6. I direttori generali possono istituire, nell'ambito dell'atto aziendale, i Dipartimenti delle professioni infermieristiche e tecnico sanitarie di cui all'articolo 7, comma 1 della legge 10 agosto 2000 n. 251 (disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica).

Art. 40.

(Dipartimenti funzionali e Dipartimenti strutturali).

1. I Dipartimenti possono essere funzionali o strutturali.

2. I Dipartimenti funzionali possono comprendere anche strutture extraaziendali.

3. I Dipartimenti funzionali e strutturali sanitari, in collaborazione con i distretti sanitari per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura e 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.

4. L'organizzazione dei Dipartimenti strutturali è caratterizzata, inoltre, da:

- a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore 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 organizzative ad un unico Dipartimento.

Art. 40 bis.

(Dipartimento interaziendale) (128)

1. Al fine di realizzare un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità organizzative appartenenti ad aziende diverse sono costituiti dipartimenti interaziendali ai sensi dell'articolo 38, comma 2.

2. Il dipartimento interaziendale provvede, in particolare:

- a) al governo clinico perseguendo, in una logica di rete, il coordinamento delle attività e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- b) al coordinamento organizzativo dei servizi e delle attività al fine di gestire percorsi integrati di diagnosi e cura;
- c) alla programmazione dell'attività di equipe;
- d) alla costituzione di equipe itineranti;
- e) alla valutazione delle performance qualitative e di efficienza;
- f) alla condivisione di linee guida e protocolli e prassi operative;
- g) all'audit clinico ed infermieristico;
- h) alla formazione professionale del personale.

3. Le funzioni del dipartimento interaziendale di cui al presente articolo sono specificate nel regolamento di dipartimento approvato dalla direzione delle aziende interessate nel rispetto della presente legge e della l.r. 17/2016.

4. Al dipartimento sono assegnati obiettivi annuali e risorse idonee per raggiungere i risultati programmati. Per ciascun anno è pubblicato un rendiconto dei costi sostenuti e dei ricavi, nonché delle attività svolte e del livello di raggiungimento degli obiettivi programmati assegnati.

5. Il dipartimento interaziendale ha un direttore e un comitato di dipartimento e il personale afferente opera nell'ambito delle direttive del direttore del dipartimento.

6. La Regione con un proprio atto individua i dipartimenti interaziendali da costituire.

Art. 41.

(Direttore di Dipartimento).

1. Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore generale sulla base della vigente normativa nazionale, deve essere un Dirigente con incarico di Direzione in una delle strutture complesse del Dipartimento (33).

1 bis. Il direttore di Dipartimento amministrativo o tecnico è nominato, con atto motivato, dal direttore generale dell'Azienda. (34)

1 ter. Il direttore del dipartimento interaziendale è nominato dalla Giunta regionale su proposta dei direttori generali delle aziende sanitarie ed enti equiparati le cui strutture fanno parte del dipartimento. Qualora il dipartimento interaziendale sia sanitario la nomina è effettuata su proposta del comitato di dipartimento. (35)

1 quater. Il direttore del Dipartimento di interesse regionale è

nominato dalla Giunta regionale, su proposta dei direttori generali delle Aziende sanitarie ed Enti equiparati le cui strutture fanno parte del Dipartimento (36).

2. L'incarico ha durata triennale ed è rinnovabile secondo le modalità previste dal comma 1. Può essere revocato dal Direttore generale con provvedimento motivato ai sensi dell'articolo 15 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992. (87)

3. (Omissis) (129)

4. Il direttore del Dipartimento ha autonomia decisionale nell'ambito delle linee programmatiche fissate dal direttore generale, degli indirizzi del direttore dell'area e di quanto deliberato dal Comitato di Dipartimento ed, in particolare: (245)

- a) assicura il funzionamento del Dipartimento;
- b) promuove le verifiche di audit clinico e di qualità;
- c) verifica la conformità delle attività dipartimentali agli indirizzi approvati dal Comitato di Dipartimento;
- d) rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la direzione generale aziendale e con la direzione di area. (246)

5. Il direttore di Dipartimento strutturale provvede, altresì, a:

- a) negoziare con la direzione di area obiettivi e risorse; (247)
- b) gestire le risorse direttamente attribuite al Dipartimento;
- c) definire, sentito il Comitato del Dipartimento, il piano delle attività, i programmi e le risorse da attribuire alle strutture organizzative del Dipartimento;
- d) monitorare e verificare, congiuntamente al Comitato, l'attività di gestione del Dipartimento.

Art. 42.

(Comitato di Dipartimento).

1. Il Comitato di Dipartimento, composto dai responsabili delle strutture organizzative, assicura la programmazione, l'organizzazione delle attività e le funzioni di coordinamento del Dipartimento. Il Comitato provvede in particolare a:

- a) definire i percorsi di cura del paziente;
- b) adottare linee guida, protocolli terapeutici e operativi;
- c) programmare l'utilizzo delle attrezzature, dei presidi e delle risorse;
- d) stabilire modelli e criteri per la verifica e la valutazione di audit clinico e di qualità;
- e) proporre piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;
- f) (Omissis) (88)

2. Il Comitato di Dipartimento definisce le proprie modalità di funzionamento in un apposito regolamento adottato sulla base di uno schema aziendale.

CAPO V BIS

SERVIZI DI AMBULANZA E DI TRASPORTO DEI PAZIENTI (102)

Art. 42 bis.

(Classificazione dei servizi di ambulanza e di trasporto dei pazienti)

1. I servizi di soccorso e salvataggio con ambulanza o automedicale e di trasporto terrestre di pazienti sono servizi a contenuto prestazionale misto, i quali possono includere attività di soccorso sanitario, di cure mediche, infermieristiche, di assistenza specializzata e di trasporto.

2. I servizi di soccorso e salvataggio con ambulanza o automedicale e di trasporto sanitario terrestre di pazienti sono

classificati, tenendo conto del contenuto prevalente delle prestazioni erogate, nonché delle condizioni del paziente, in:

a) “servizi di soccorso e salvataggio”: servizi di soccorso, di salvataggio, di assistenza a pazienti in situazione di emergenza, erogati nell’ambito del sistema di emergenza sanitaria della Regione Liguria, ai sensi della legge regionale 5 maggio 1994, n. 24 (Sistema di emergenza sanitaria) e successive modificazioni e integrazioni mediante un veicolo di soccorso, sia esso un’ambulanza, un’automedicale o un altro veicolo autorizzato ai sensi dell’articolo 6, comma 2, della legge regionale 29 maggio 1996, n. 24 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull’esercizio del trasporto sanitario di pazienti), dotato dei dispositivi medici necessari, ivi incluse le prestazioni di trasferimento urgente di pazienti tra presidi ospedalieri e le prestazioni di trasporto urgente di sangue, emoderivati, organi e tessuti, farmaci, presidi e dispositivi medici, personale medico e infermieristico. I servizi di soccorso e salvataggio erogati con ambulanza devono essere svolti da almeno due soccorritori, debitamente formati, di cui uno autista; (256)

b) “servizi di trasporto in ambulanza qualificato”: servizi di ambulanza che comportano il trasporto di pazienti, mediante un veicolo di soccorso ovvero un altro veicolo autorizzato ai sensi dell’articolo 6, comma 2, della legge regionale 29 maggio 1996, n. 24 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull’esercizio del trasporto sanitario di pazienti) e successive modificazioni e integrazioni, ivi incluse le prestazioni di trasferimento di pazienti tra presidi ospedalieri e tra più stabilimenti dello stesso presidio, svolti da almeno due soccorritori, debitamente formati, di cui uno autista, nei confronti di un paziente in ordine al quale sussiste un rischio di peggioramento dello stato di salute; (257)

c) “servizi di trasporto di pazienti in ambulanza”: servizi di trasporto di pazienti diversi dai servizi di soccorso e salvataggio di cui alla lettera a), nonché dal servizio di trasporto in ambulanza qualificato di cui alla lettera b).

3. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, fissa criteri, indirizzi e modalità per l’erogazione e lo svolgimento dei servizi di cui al comma 2.

*Art. 42 ter.
(Affidamento dei servizi)*

1. I servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2, lettere a) e b), sono affidati, in via prioritaria, ai sensi dell’articolo 57 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 successive modificazioni e integrazioni, ai comitati della Croce Rossa Italiana e alle organizzazioni di volontariato iscritti nell’elenco regionale di cui all’articolo 42 quater, comma 1. Sino all’attivazione del Registro unico nazionale del Terzo Settore, il requisito di iscrizione previsto dall’articolo 57 del d.lgs. 117/2017 e successive modificazioni e integrazioni, è soddisfatto con l’iscrizione nel Registro regionale del Terzo Settore - sezione organizzazioni di volontariato - di cui alla legge regionale 6 dicembre 2012, n. 42 (Testo unico delle norme sul Terzo Settore) e successive modificazioni e integrazioni.

2. Con il provvedimento di cui all’articolo 42 bis, comma 3, la Giunta regionale, nel rispetto degli articoli 56, commi 2, 3, 3 bis e 4, e 57 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 successive modificazioni e integrazioni, definisce le procedure e le modalità di dettaglio per l’affidamento in convenzione dei servizi di cui al comma 1. (161)

3. I servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2, lettera c), possono essere eseguiti:

a) dagli enti del Terzo settore, in possesso dell’autorizzazione sanitaria di cui alla l.r. 24/1996 e successive modificazioni e integrazioni, iscritti nell’elenco di cui all’articolo 42 quater, comma 1, in regime di accreditamento libero, a norma dell’articolo 55 del d.lgs. 117/2017 e successive modificazioni e integrazioni, ovvero per il tramite di convenzione, a norma dell’articolo 56 del d.lgs. 117/2017 e successive modificazioni e integrazioni, prevedendo, in ogni caso, a carico dell’amministrazione e in favore degli enti esecutori il mero rimborso delle spese correnti, esclusi gli oneri di investimento;

b) da operatori economici selezionati mediante procedure a evidenza pubblica, nel rispetto della normativa nazionale ed europea di settore. (162)

3 bis. Il ricorso alle modalità di esecuzione di cui al comma 3, lettera a), è sempre motivato sulla base di ragioni di tutela della finanza pubblica, efficienza economica, sussidiarietà e più efficace contribuzione a una finalità sociale. (163)

4. Qualora i servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2, lettera c), non siano oggettivamente separabili dai servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2, lettere a) e b), si procede ad affidamento congiunto e si applica l’articolo 14, comma 23, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici) e successive modificazioni e integrazioni. (164)

5. E’ fatta salva la facoltà, per le ASL, gli istituti e gli enti del Servizio Sanitario Regionale, di provvedere direttamente all’esecuzione dei servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2, lettere a), b) e c), con impiego di mezzi e personale propri, ovvero di affidarne l’esecuzione ad altra pubblica amministrazione, ai sensi dell’articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e successive modificazioni e integrazioni.

5 bis. Nell’ambito dei servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2, lettere a) e b), opera, in ogni caso, personale medico e infermieristico appartenente alle aziende sanitarie. (258)

*Art. 42 quater.
(Caratteristiche dei soggetti esecutori ed esecuzione dei servizi)*

1. Al fine di assicurare standard tecnici e qualitativi uniformi per l’esecuzione dei servizi di cui al presente Capo, a tutela della salute e del benessere dei pazienti assistiti, nonché del migliore impiego delle risorse pubbliche, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità, la Giunta regionale istituisce l’elenco dei soggetti ai quali possono essere affidati servizi di ambulanza e di trasporto dei pazienti, specificando la tipologia di servizi all’esecuzione dei quali ciascun soggetto è abilitato. Con lo stesso provvedimento, la Giunta regionale fissa le procedure per l’inclusione nell’elenco dei soggetti abilitati.

2. Il provvedimento di cui al comma 1 disciplina, altresì, ai fini dell’abilitazione all’esecuzione dei servizi di cui all’articolo 42 bis, comma 2:

a) la classificazione delle ambulanze, delle automedicali e degli altri mezzi speciali utilizzabili per l’esecuzione dei servizi di cui al presente Capo, ivi incluse le caratteristiche tecniche, operative, igieniche, prestazionali, di dotazione e di efficienza per ciascuna tipologia di mezzo, nonché le tipologie di mezzo

utilizzabili per l'esecuzione di ciascun servizio di cui al all'articolo 42 bis, comma 2, tenuto conto delle caratteristiche previste per le ambulanze dai decreti del Ministero dei Trasporti 17 dicembre 1987, n. 553 (Tipo A e Tipo B) e 20 novembre 1997, n. 487 (Tipo A1), nonché della norma UNI EN 1789 "Veicoli medici e loro attrezzature – Autoambulanze";

b) i requisiti tecnici, igienici e di dotazione delle sedi dei soggetti abilitati all'esecuzione di ciascun servizio di cui all'articolo 42 bis, comma 2;

c) la determinazione, per ciascun servizio di cui all'articolo 42 bis, comma 2, delle competenze minime del personale; della durata minima, delle modalità e dei requisiti di ciascun percorso formativo erogato in ambito regionale; delle modalità di certificazione delle competenze; dei criteri per la certificazione di equipollenza delle competenze acquisite tramite percorsi formativi erogati in altre regioni o nell'ambito di percorsi formativi universitari; nonché dei requisiti e dei criteri per l'aggiornamento delle competenze e la formazione continua;

d) le modalità e i criteri per la vigilanza in ordine al possesso e al mantenimento dei requisiti e delle caratteristiche di cui alle lettere a), b) e c), nonché sull'esecuzione dei servizi, anche tramite istituzione di un organismo regionale di vigilanza, costituito senza maggiori oneri per la finanza pubblica.

3. Il presente articolo non si applica ai servizi eseguiti ai sensi dell'articolo 42 ter, comma 5, fatte salve le disposizioni di cui al comma 2, lettera a).

4. Tutti i soggetti esecutori dei servizi di cui al presente Capo, fatte salve le ASL, le Amministrazioni pubbliche e i Comitati della Croce Rossa Italiana, devono essere in possesso dell'autorizzazione di cui alla l.r. 24/1996 e successive modificazioni e integrazioni.

Art. 42 quinquies. (Conferenze)

1. Al fine di provvedere al coordinamento dei servizi di cui al presente Capo, affidati tramite convenzioni, accordi, comunque eseguiti a norma dell'articolo 42 ter, è istituita la Conferenza regionale permanente per i servizi di ambulanza e di trasporto dei pazienti.

2. La Conferenza di cui al comma 1 è composta da: (259)

a) l'assessore regionale competente, o suo delegato, che la presiede;

b) i direttori generali delle aziende sanitarie e dell'ospedale Evangelico internazionale o loro delegati;

c) il direttore dell'area di operation management Liguria Salute, di cui all'articolo 24 ter;

d) i direttori di area di cui all'articolo 24 bis e i direttori operativi dei plessi ospedalieri, di cui all'articolo 28 sexies o loro delegati;

e) il responsabile regionale del servizio di emergenza sanitaria territoriale extraospedaliera o suo delegato;

f) i rappresentanti regionali delle reti associative di cui all'articolo 41, comma 2, del d.lgs. 117/2017, alle quali aderiscono organizzazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'articolo 42 quater, o loro delegati, in misura di uno per ciascuna rete;

g) i direttori dei soggetti erogatori pubblici di servizi di soccorso e trasporto sanitario o loro delegati.

3. Le modalità di funzionamento della Conferenza di cui al comma 1 sono disciplinate da apposito provvedimento adottato dalla Conferenza medesima a maggioranza dei suoi componenti.

La Conferenza si riunisce almeno una volta per ciascun semestre.

4. La Conferenza si articola in Conferenze d'area, istituite presso ciascuna ASL, le quali provvedono alle attività di coordinamento di livello locale. (260)

5. Ciascuna Conferenza di cui al comma 4 è composta da: (261)

a) il direttore di area di cui all'articolo 24 bis, o suo delegato, che la presiede;

b) i direttori delle strutture organizzative aziendali di emergenza sanitaria territoriale, attive sul territorio dell'ASL o loro delegati;

c) ove presenti sul territorio di competenza della ASL, i direttori degli IRCCS, dell'ospedale Evangelico internazionale e dei soggetti erogatori pubblici di servizi di soccorso e trasporto sanitario o loro delegati;

d) i rappresentanti regionali delle reti associative di cui all'articolo 41, comma 2, del d.lgs. 117/2017, alle quali aderiscono organizzazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'articolo 42 quater, o loro delegati, in misura di uno per ciascuna rete.

6. Le modalità di funzionamento delle Conferenze di cui al comma 4 sono disciplinate da apposito provvedimento adottato dalla Conferenza regionale, a maggioranza dei suoi componenti. Le Conferenze si riuniscono almeno una volta per ciascun semestre.

7. La Conferenza regionale è organismo consultivo della Giunta regionale. Essa esprime, su richiesta o d'iniziativa, pareri e raccomandazioni sulla materia dei servizi di ambulanza e di trasporto dei pazienti di propria competenza.

CAPO VI AREA DIPARTIMENTALE DI PREVENZIONE

Art. 43. (Dipartimento di prevenzione). (248)

1. Il dipartimento di prevenzione costituisce la struttura di riferimento del sistema sanitario regionale per l'esercizio delle funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica.

2. Il dipartimento di prevenzione si articola secondo un modello a rete di erogazione dei servizi, finalizzato a garantire la prossimità territoriale delle attività di prevenzione, promozione della salute e tutela della collettività, favorendo l'integrazione operativa tra le diverse articolazioni aziendali e i servizi sociosanitari e sociali del territorio.

3. Nell'ambito delle proprie funzioni, il dipartimento di prevenzione promuove la consapevolezza e l'autodeterminazione della persona, orientando le proprie azioni al miglioramento degli stili di vita e alla creazione di ambienti e contesti favorevoli alla salute, secondo una visione integrata di tipo "one health", che riconosce l'interconnessione tra salute umana, salute animale e tutela dell'ambiente, quale espressione di uno sviluppo armonico e sostenibile.

4. Il dipartimento di prevenzione opera con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nei LEA relativi alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica, assicurando l'adozione di strumenti di monitoraggio, valutazione e rendicontazione dei risultati in termini di salute della popolazione e di impatto sugli ecosistemi di vita.

5. L'ATS Liguria definisce con atto regolamentare l'articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione

prevedendo modalità di integrazione e coordinamento con i distretti sanitari e gli altri dipartimenti aziendali.

6. L'articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione, ai sensi dell'articolo 7 quater del d.lgs. 502/1992, prevede strutture organizzative dedicate a:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) sanità animale;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- g) medicina legale.

Art. 43 bis.

(Attività di vigilanza, ispezione e controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro) (37)

1. Le attività di vigilanza, ispezione e controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro sulle strutture gestite direttamente dalle ASL sono svolte dalle Unità Operative di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro di un'ASL diversa da quella cui compete la gestione delle strutture stesse. (249)

2. La Giunta regionale individua le Unità Operative di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro competenti a effettuare le attività di vigilanza, ispezione e controllo di cui al comma 1.

Art. 44.

(Direttore di Dipartimento di prevenzione).

1. Il direttore del Dipartimento di prevenzione è nominato dal direttore generale sulla base della vigente normativa nazionale fra i direttori di struttura complessa del dipartimento. Al direttore di Dipartimento si applicano le disposizioni di cui all'articolo 41, comma 2. (89)

2. Il direttore del Dipartimento definisce con la direzione aziendale il budget del Dipartimento, proponendo l'attribuzione degli obiettivi e delle risorse alle strutture organizzative del Dipartimento.

3. Il direttore propone alla direzione aziendale la programmazione delle attività del Dipartimento, che verrà fissata nel piano attuativo annuale di cui all'articolo 31. Il direttore del Dipartimento svolge, altresì, i seguenti compiti:

- a) definisce strumenti di controllo e di verifica della realizzazione dei programmi di lavoro, della qualità e dei costi delle attività;
- b) coordina, avvalendosi del Comitato di Dipartimento, le attività delle strutture del Dipartimento definendo protocolli di Dipartimento e procedure omogenee;
- c) definisce programmi di formazione e di informazione per gli operatori e i cittadini;
- d) raccorda le attività e le funzioni per le aree di intervento che rivestono sia valenza sanitaria che ambientale con l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente e partecipa al Comitato provinciale di coordinamento di cui all'articolo 10 della legge regionale 4 agosto 2006 n. 20 (nuovo ordinamento dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Ligure e riorganizzazione delle attività e degli organismi di pianificazione, programmazione, gestione e controllo in campo ambientale).

4. (Omissis) (101)

TITOLO IV

PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I

RUOLI NOMINATIVI REGIONALI DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (38)

Art. 44 bis.

(Ruoli nominativi del personale del Servizio Sanitario Regionale, definizione e funzione) (39)

1. I ruoli nominativi del personale del Servizio Sanitario Regionale rivestono natura dichiarativa e riproduttiva della posizione matricolare dei singoli dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso le Aziende sanitarie, Enti equiparati di cui all'articolo 2, lettera e). (193)

2. I ruoli registrano, sulla base dei dati forniti dalle Aziende sanitarie e dagli enti equiparati che ne sono responsabili, i dati matricolari di ciascun dipendente in servizio a tempo indeterminato e costituiscono lo strumento informativo per effettuare i sorteggi dei componenti delle commissioni concorsuali. (194)

Art. 44 ter.

(Declaratoria dei ruoli nominativi del personale del Servizio Sanitario Regionale) (40)

1. Il personale del Servizio Sanitario Regionale è iscritto nei seguenti ruoli di cui alla normativa nazionale e contrattuale vigente:

- a) ruolo sanitario;
- b) ruolo professionale;
- c) ruolo tecnico;
- d) ruolo amministrativo.

Art. 44 quater.

(Pubblicazione dei ruoli) (41)

1. I ruoli sono pubblicati annualmente con decreto del dirigente della struttura regionale competente, previa acquisizione dei dati matricolari dei dipendenti predisposti dalle Aziende sanitarie, Enti equiparati di cui all'articolo 2, lettera e). (195)

CAPO II

VALORIZZAZIONE, NOMINA E FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO REGIONALE (42)

Art. 45.

(Professioni sanitarie).

1. La Regione riconosce e promuove l'autonomia professionale e la responsabilità delle professioni sanitarie e infermieristiche e delle altre professioni sanitarie di cui alla 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) e successive modificazioni ed integrazioni.

2. La Giunta regionale, negli atti di indirizzo e nelle direttive di cui all'articolo 8, definisce i criteri per l'istituzione di servizi delle professioni sanitarie.

Art. 46.

(Laureati in scienze motorie e sportive).

1. La Regione riconosce l'esercizio professionale dei laureati in scienze delle attività motorie e sportive nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sia ai fini del mantenimento della migliore efficienza fisica nelle differenti fasce d'età e nei confronti delle diverse abilità, sia ai fini di socializzazione e di prevenzione.

Art. 46 bis.

(Partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali) (160)

1. La formazione del medico specializzando implica la partecipazione guidata alle attività mediche delle strutture sanitarie alle quali lo stesso 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 di specializzazione.

2. 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:

- a) attività di appoggio: quando assiste il personale medico strutturato nello svolgimento delle sue attività;
- b) attività di collaborazione: quando svolge direttamente procedure e attività assistenziali specifiche sotto il diretto controllo di personale medico strutturato;
- c) 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.

3. 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. L'Università degli Studi di Genova, gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale definiscono le modalità di sottoscrizione degli atti assistenziali compiuti dal medico in formazione specialistica nell'ambito del piano formativo.

4. Il medico specializzando 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. 47.

(Formazione).

1. La Regione, al fine di garantire la valorizzazione delle risorse umane e il progresso della loro qualificazione professionale, promuove, in applicazione della normativa vigente in materia, l'attività di formazione continua.

2. La Giunta regionale, al fine di sviluppare i processi di formazione continua di tutte le professioni sanitarie regionali, individua, in sintonia con il PSSR, gli obiettivi prioritari e gli strumenti di valutazione e di accreditamento degli eventi formativi.

3. La Giunta regionale, a tal fine, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, definisce programmi di formazione continua del personale di norma attraverso la stipula

di accordi con l'Università, in particolare con la facoltà di medicina e chirurgia, ovvero anche con altri enti di formazione accreditati. Non sono, comunque, ammessi contributi o compartecipazioni di soggetti economici di tipo societario o individuale.

Art. 48.

(Incarichi di direzione di struttura).

1. Gli incarichi di direzione di struttura complessa del ruolo sanitario sono conferiti esclusivamente previa selezione per avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana secondo i criteri e le modalità individuati dalla Giunta regionale, sulla base dei principi definiti dall'articolo 15, comma 7 bis, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. (90)

2. Agli incarichi di cui al comma 1 si applicano le disposizioni relative al periodo di prova previste dall'articolo 15, comma 7 ter, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. (91)

2 bis. (Omissis) (43)

3. (Omissis) (92)

3 bis. Nei casi di accorpamento di due o più strutture complesse, conseguenti alla rideterminazione degli assetti organizzativi aziendali, l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa è effettuata dal direttore generale a seguito di selezione interna previa costituzione della Commissione di cui all'articolo 15, comma 7 bis, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base dei criteri e delle modalità individuati dalla Giunta regionale ai sensi del comma 1. Alle procedure di selezione partecipano i dirigenti incaricati delle strutture complesse accorpate (44).

4. Il passaggio dei dirigenti sanitari al rapporto di lavoro non esclusivo non preclude il mantenimento o il conferimento di incarico di direzione di struttura complessa o semplice. Per il conferimento dell'incarico di Direttore di Dipartimento è necessaria l'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo. (113)

5. Omissis (130)

6. Analogamente a quanto avviene per i professori universitari, i dirigenti di struttura complessa, giunti al sessantasettesimo anno di età possono restare in servizio per le sole attività di didattica e di ricerca, secondo quanto previsto dall'ordinamento vigente, al fine della valorizzazione del patrimonio culturale clinico-scientifico di reparti ospedalieri qualificati ed al fine di contribuire ad integrare e migliorare la formazione dei medici e delle professioni sanitarie. Tale facoltà è concessa direttamente dalla Giunta regionale.

7. I dirigenti del ruolo sanitario non possono superare i sessantasette anni d'età. Tale disposizione si applica anche nei confronti del personale universitario limitatamente all'attività assistenziale.

8. Nei casi di cui ai commi 5, 6 e 7, le Aziende sanitarie, sulla base delle convenzioni di cui all'articolo 12, garantiscono, senza oneri per l'Azienda, la possibilità della prosecuzione dell'attività didattica e di ricerca.

9. Per quanto concerne gli incarichi di struttura complessa dei ruoli amministrativi, tecnici e professionali, si rinvia alla normativa vigente in materia.

Art. 49.

(Attività libero professionale intramuraria).

1. La Regione, al fine di garantire uniformità di trattamento

agli assistiti, riserva l'uso delle attrezzature per accertamenti diagnostici o esami specialistici, in strutture pubbliche o accreditate, alla gestione di prenotazione tramite il CUP.

2. Le Aziende sanitarie disciplinano l'esercizio della libera professione intramuraria della dirigenza sanitaria, in coerenza con le leggi nazionali di settore e con le direttive emanate dalla Regione.

3. I direttori generali delle Aziende sanitarie adottano, avvalendosi del Collegio di direzione, un apposito atto regolamentare per definire le modalità organizzative dell'attività libero-professionale del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, con riferimento alle prestazioni individuali o in equipe sia in regime di ricovero che ambulatoriale. L'atto aziendale deve, comunque, individuare:

- a) le strutture idonee e gli spazi separati e distinti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria;
- b) il personale di supporto;
- c) i criteri per la determinazione delle tariffe e le modalità della loro ripartizione;
- d) le modalità di prenotazione;
- e) i criteri e le modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto fra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale;
- f) le modalità per l'esercizio straordinario dell'attività intramuraria in studi professionali fermo restando che:

1. l'attività deve essere preventivamente autorizzata dall'Azienda che ne definisce i volumi nel rispetto delle esigenze di servizio;

2. l'attività in ambito extraregionale deve essere svolta in coerenza con le linee di indirizzo regionali in materia di mobilità (45) ;

3. gli orari di svolgimento dell'attività libero professionale individuale sono definiti di intesa fra l'Azienda e il dirigente, compatibilmente con le esigenze di servizio.

4. La Regione negli atti di programmazione degli investimenti sanitari può destinare risorse per realizzare gli spazi di cui al comma 3, lettera a).

Art. 50.

(Personale sanitario in missione all'estero).

1. Nell'ambito di progetti di cooperazione allo sviluppo o in esecuzione di accordi o intese internazionali di cui all'articolo 5 dello Statuto regionale o in caso di emergenze dovute a calamità naturali o antropiche, è consentito a dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e ai sanitari convenzionati di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modifiche ed integrazioni di svolgere periodi di attività all'estero a carico del Servizio Sanitario Regionale stesso ovvero a carico di organismi internazionali, ONG, nell'ambito anche di accordi di cooperazione decentrata (46) .

2. La Giunta regionale definisce annualmente i criteri per la partecipazione ai progetti di cooperazione, le modalità di selezione ed il numero massimo di personale ammesso di cui al comma 1 (47) .

3. E' consentito, nel rispetto della normativa nazionale vigente in materia, lo svolgimento di tirocini presso le Aziende sanitarie da parte di personale medico e paramedico appartenente a paesi con cui sono in corso progetti, accordi ed intese di cui al comma 1, secondo le modalità stabilite dall'atto aziendale di cui

all'articolo 25.

TITOLO V

ALTRI SOGGETTI EROGATORI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I

ISTITUZIONI SANITARIE CHE EROGANO ASSISTENZA PUBBLICA (48)

Art. 51.

(Ospedali Galliera ed Evangelico).

(Omissis) (49)

Art. 52.

(Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

(Omissis) (50)

CAPO II

SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI

Art. 53.

(Accesso ai presidi privati accreditati).

1. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati ai sensi della l.r. 20/1999 con i quali siano stati definiti accordi contrattuali, ai sensi dell'articolo 8 bis, comma 3 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulo del Servizio Sanitario Regionale.

2. Al fine di una corretta informazione degli assistiti, l'ATS Liguria, tramite le ASL, cura la diffusione degli elenchi delle strutture accreditate, con l'indicazione delle prestazioni che le stesse possono erogare a carico del Servizio Sanitario Regionale, sulla base degli accordi contrattuali stipulati e delle condizioni per usufruirne. (250)

3. Le strutture accreditate sono tenute ad informare gli assistiti dei contenuti degli accordi contrattuali stipulati, indicando le prestazioni fruibili con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

4. I CUP istituiti presso le Aziende sanitarie comprendono gli erogatori pubblici e privati accreditati, questi ultimi nei limiti delle prestazioni erogabili pattuite con le Aziende stesse.

Art. 54.

(Ruolo delle farmacie convenzionate e territoriali).

1. Le farmacie convenzionate e territoriali costituiscono un presidio organico al Servizio Sanitario Regionale e concorrono a garantire la salute ai cittadini, una adeguata informativa della conoscenza dei farmaci e delle rispettive fasce di appartenenza, il loro principio attivo, per un corretto utilizzo del prodotto.

2. L'assistenza farmaceutica territoriale con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale è erogata attraverso le farmacie convenzionate e territoriali.

3. L'ATS Liguria, tramite le ASL, esercita funzioni di controllo e monitoraggio sull'erogazione dell'assistenza farmaceutica. (196)

4. La Giunta regionale definisce forme e modalità per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, anche in forma diretta da parte dell'ATS Liguria, tramite le ASL, ed adotta ulteriori

interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci individuando le tipologie da inserire in tali modalità, anche al fine di contenere la spesa farmaceutica in applicazione dell'articolo 4, comma 3 del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347 recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria convertito con modificazioni nella legge 16 novembre 2001 n. 405. (197)

5. La Giunta regionale definisce il prontuario farmaceutico regionale ed adotta provvedimenti ed iniziative volte al miglioramento della appropriatezza prescrittiva.

5 bis. Nelle farmacie aperte al pubblico l'impiego di apparecchi di autodiagnostica rapida, finalizzato a rilevamenti di prima istanza, è effettuato secondo modalità stabilite con provvedimento della Giunta regionale sentiti l'Ordine dei farmacisti e le organizzazioni di rappresentanza delle farmacie (51).

5 ter. Le farmacie convenzionate, pubbliche e private, forniscono il servizio di cambio e revoca del medico di base. (170)

5 quater. La Giunta regionale, con propria deliberazione, approva gli schemi di accordo con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale. (171)

Art. 54 bis.

(Farmacie dei servizi) (168)

1. Al fine di garantire la più ampia capillarità nell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di prossimità, le farmacie territoriali, nel rispetto della normativa vigente in materia di farmacia dei servizi, possono erogare, in locali diversi da quelli dedicati alla dispensazione dei farmaci e da questi ultimi disgiunti, oltre ai servizi previsti dall'articolo 1, comma 2, lettera e quater), del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69) e successive modificazioni e integrazioni, anche i restanti servizi di cui all'articolo 1, comma 2, del d.lgs. 153/2009 e successive modificazioni e integrazioni, a eccezione dell'erogazione dei farmaci e delle preparazioni galeniche magistrali e della vendita al pubblico di qualsiasi genere di articoli, anche on-line.

2. I locali di cui al comma 1 devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza delle farmacie stesse e devono essere idonei dal punto di vista igienico-sanitario.

3. Due o più farmacie, di proprietà di soggetti differenti, possono esercitare in comune i servizi sanitari di cui al comma 1, previa stipula del contratto di rete di cui all'articolo 3, comma 4 ter, del decreto legge 10 febbraio 2009, n. 5 (Misure urgenti a sostegno dei settori industriali in crisi, nonché disposizioni in materia di produzione lattiera e rateizzazione del debito nel settore lattiero-caseario) convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33.

Art. 54 ter.

(Locali esterni per laboratori di galenica) (172)

1. Le farmacie possono svolgere l'attività di laboratorio galenico anche in locali disgiunti, non accessibili al pubblico, destinati esclusivamente all'effettuazione di tali preparazioni galeniche, ubicati nel medesimo comune della farmacia territoriale. Con deliberazione della Giunta regionale sono definiti le linee guida per l'utilizzo di tali locali. (198)

Art. 55.

(Indirizzi per la formulazione delle prescrizioni farmaceutiche).

1. La Giunta regionale, al fine di salvaguardare la concorrenza nel commercio dei medicinali e l'eticità del rapporto tra medico prescrittore e paziente, adotta provvedimenti volti ad incrementare l'uso dei farmaci equivalenti e di quelli per i quali sia scaduto il brevetto, nonché ad indirizzare la formulazione delle prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Regionale verso l'indicazione del principio attivo.

CAPO III

ACCORDI CONTRATTUALI

Art. 56.

(Accordi contrattuali per le prestazioni).

1. Nell'ambito degli strumenti di programmazione la Regione definisce ambiti e modalità di applicazione degli accordi contrattuali per le prestazioni, individuando i soggetti interessati alla contrattazione. In particolare determina:

a) le responsabilità proprie e delle Aziende sanitarie nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) gli indirizzi per la stipula degli accordi;

c) le tariffe delle prestazioni e di pacchetti assistenziali, i criteri per la remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti accreditati, i volumi e i requisiti di appropriatezza concordati.

2. La Regione e le Aziende sanitarie, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private accreditate.

Art. 56 bis.

(Atti convenzionali) (52)

1. I soggetti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale possono convenire, mediante pertinenti atti convenzionali o concessori, la delega intersoggettiva di attività e servizi.

2. L'utilizzo delle strutture, delle risorse organizzative e di personale viene disciplinato nella convenzione e nella concessione di cui al comma 1. Trova applicazione al personale dipendente l'articolo 31 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modifiche e integrazioni.

TITOLO VI

POLITICHE DI INTEGRAZIONE E INNOVAZIONE

Art. 57.

(Unioni per l'acquisto ed altre forme di collaborazione).

1. La Giunta regionale adotta iniziative e promuove politiche di acquisto di beni e servizi ai sensi delle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali e, a tal fine, può emanare direttive vincolanti ai sensi dell'articolo 8 per determinare assetti e modalità di gestione di servizi in comune tra più Aziende sanitarie o nell'ambito delle Conferenze di Area di cui all'articolo 13, comma 3.

Art. 58.

(Sperimentazioni gestionali).

1. La Giunta regionale autorizza o promuove le sperimentazioni gestionali da parte di una o più Aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991 n. 412 (disposizioni in materia di finanza pubblica) e dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

2. Per i fini di cui al comma 1, le Aziende sanitarie, eventualmente associate tra loro, anche allo scopo di avviare forme di collaborazione, possono anche costituire società miste, consorzi o società consortili a maggioranza pubblica cui può aderire anche la Regione. A tal fine la Giunta regionale è autorizzata a compiere gli atti conseguenti.

*Art. 59.
(Sistema informativo regionale).*

1. Il sistema informativo della sanità ligure è unitario a livello regionale e fondato sui sistemi informativi delle Aziende sanitarie e dei soggetti erogatori pubblici o equiparati. Il sistema informativo è costituito al fine di:

- a) integrare le informazioni anche per garantire la gestione unitaria dei processi di cura;
- b) assicurare la interoperabilità dei sistemi;
- c) collegare e interconnettere le strutture accreditate, le farmacie, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i professionisti convenzionati e il Sistema Informativo dei Servizi Sociali e Sociosanitari di cui all'articolo 29 della l.r. 12/2006;
- d) diffondere la telemedicina e l'integrazione delle tecnologie biomedicali;
- e) coinvolgere i cittadini e garantire il regolare afflusso di informazioni alla Regione, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati); (251)
- f) acquisire i dati per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione regionali.

2. A tal fine la Giunta regionale adotta direttive per:

- a) assicurare la compatibilità del sistema informativo ligure con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) nazionale;
- b) definire, sulla base degli standard nazionali e internazionali, i requisiti minimi strutturali dei sistemi informativi delle Aziende e degli enti di cui al comma 1 e il debito informativo degli enti accreditati;
- c) diffondere l'utilizzo di architetture e prodotti a "codice sorgente" libero;
- d) fissare i Livelli Essenziali di Informazione (LEI) anche attraverso la definizione dei percorsi clinici e organizzativi finalizzati alla continuità di cura e la rilevazione epidemiologica,
- e) promuovere progetti specifici interaziendali per rilevare e integrare, con riferimento al singolo cittadino, stato di salute e prestazioni erogate;
- f) effettuare periodiche rilevazioni per valutare i livelli di completezza dei sistemi informativi, l'adesione agli standard e alle direttive nazionali e regionali;
- g) promuovere attività di indirizzo e formazione nel settore delle telecomunicazioni, dell'informatica sanitaria e della telemedicina;
- h) perseguire, attraverso il monitoraggio nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica, obiettivi di appropriatezza e

controllo, anche comparativo, nei confronti dei soggetti interessati, nonché di efficienza ed economicità del servizio;

h bis) definire, ai fini dell'attuazione del Programma strategico digitale della Liguria, il passaggio dei flussi informativi dalle Aziende sanitarie erogatrici alle Aziende sanitarie di residenza degli assistiti (53) .

2 bis. La Giunta regionale integra le disposizioni del regolamento regionale 16 maggio 2006, n. 1 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)) disciplinando le modalità di raccolta e trattamento dei dati anagrafici e sanitari cui alla lettera h bis) nel rispetto delle disposizioni vigenti, in modo da garantire la tutela della riservatezza dei dati personali (54) .

*Art. 59 bis.
(Istituzione dell'Anagrafe Regionale dei Contatti) (55)*

1. E' istituita a livello regionale l'Anagrafe Regionale dei Contatti quale anagrafica di riferimento, al fine di permettere una identificazione, univoca all'interno della regione, del paziente, ligure e non, che abbia avuto almeno un accesso ad una struttura sanitaria ligure, qualunque sia il punto di ingresso, mettendo in relazione le informazioni ricevute dai diversi sistemi periferici (Aziende sanitarie locali, ospedaliere).

2. L'Anagrafe di cui al comma 1 ha la finalità di offrire un migliore processo di cura attraverso la condivisione dei dati tra le Aziende sanitarie.

3. La Giunta regionale integra le disposizioni del regolamento regionale 1/2006 disciplinando le modalità di raccolta e trattamento dei dati anagrafici e sanitari 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.

*Art. 59 ter.
(Istituzione del Fascicolo Sanitario Personale) (56)*

(Omissis)

*Art. 60.
(Ricerca e innovazione).*

1. Al fine di migliorare l'efficacia, la qualità e l'appropriatezza del servizio, la Regione promuove la ricerca e l'innovazione tecnologica attraverso un apposito programma che costituisce parte integrante del Piano socio sanitario regionale.

2. Tale programma promuove la funzione di ricerca e innovazione fra le attività ordinarie, sistematiche e continuative del Servizio Sanitario Regionale, con particolare attenzione alle attività volte al trasferimento dei risultati della ricerca di base e della ricerca clinica nella pratica dei servizi sanitari.

*Art. 60 bis.
(Istituzione dei registri regionali di patologia e di mortalità) (57)*

1. Al fine di acquisire la conoscenza dei rischi per la salute e di consentire la programmazione regionale degli interventi sanitari volti alla tutela della collettività dai medesimi rischi, sono istituiti a livello regionale i seguenti registri:

- a) Registro tumori;
- b) Registro tumori di sospetta origine professionale;
- c) Registro mesoteliomi;
- d) Registro dialisi e trapianto;
- e) Registro trapianti d'organo;

- f) Registro malattie rare;
- g) Registro mielolesioni;
- h) Registro malformazioni congenite;
- i) Registro screening oncologici;
- j) Registro diagnosi anatomico - patologiche;
- k) Registro sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- l) Registro mortalità - raccolta dati a fini statistici;
- l bis) Registro degli impianti protesici mammari. (173)

2. I registri 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.

Art. 61.

(Informazione scientifica).

1. La Giunta regionale disciplina l'informazione scientifica presso gli operatori sanitari tramite apposito regolamento che deve:

- a) assicurare lo sviluppo di un'informazione scientifica pubblica indipendente;
- b) promuovere una informazione scientifica rivolta al miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'assistenza prestata;
- c) garantire la trasparenza e la correttezza dell'informazione scientifica attuata dalle aziende farmaceutiche, disciplinandone le modalità di svolgimento;
- d) definire le modalità di controllo e verifica.

TITOLO VII

AGENZIA SANITARIA REGIONALE (117)

Art. 62. - Art. 71 bis

(Omissis)

TITOLO VIII

PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

CAPO I

TUTELA ED EDUCAZIONE

Art. 72.

(Tutela dei cittadini).

1. La partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini che fruiscono dei servizi sanitari è assicurata nelle forme e nelle modalità previste dall'articolo 14 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, dalla presente legge e dalle specifiche direttive emanate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 8.

2. Le Aziende sanitarie, in particolare, provvedono a:

a) assicurare una informazione capillare ed aggiornata, anche in forme specifiche per gli assistiti di lingua straniera, sulle prestazioni erogate ed i relativi tempi di attesa, sulle modalità di accesso e di fruizione dei servizi anche con riguardo all'attività libero professionale e alle tariffe adottate;

b) determinare le modalità di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti;

c) individuare la collocazione, i compiti e le funzioni dell'ufficio relazioni con il pubblico;

d) favorire la presenza all'interno delle strutture sanitarie degli organismi di volontariato e di tutela dei cittadini, definendo, attraverso accordi e protocolli, gli ambiti e le modalità di collaborazione, nonché la valorizzazione di forme di consultazione dell'associazionismo nel processo di approvazione dei provvedimenti di cui al comma 3.

3. Le Aziende sanitarie, anche ai fini di quanto previsto al comma 2, approvano e aggiornano annualmente la "Carta dei servizi" e adottano un regolamento per la tutela delle persone che accedono e usufruiscono delle strutture aziendali.

4. La "Carta dei servizi" è lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie comunicano come e con quali modalità i servizi e le prestazioni erogate sono in grado di soddisfare i bisogni e le domande degli utenti. Nella Carta sono assunti gli impegni per il miglioramento dei servizi e sono definiti gli indicatori di qualità e gli standard generali e specifici, da conseguire.

Art. 73.

(Educazione alla salute e ai corretti stili di vita).

1. La Regione, anche in collaborazione con le Aziende sanitarie, i Comuni, l'Università, le istituzioni scolastiche, gli organismi professionali e di categoria, le associazioni di volontariato e di tutela, promuove e sostiene pratiche, progetti mirati, campagne informative ed educative volte alla diffusione fra i cittadini di conoscenze e di informazioni utili a diffondere corretti stili di vita, in particolare per: (252)

a) mantenere e migliorare l'efficienza fisica nelle differenti fasce d'età e nelle diverse abilità;

b) prevenire individualmente e collettivamente, anche per autotutela, le malattie in genere e i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

CAPO II

PARTECIPAZIONE

Art. 74.

(Relazioni con le Organizzazioni professionali e sindacali).

1. La Regione ispira le relazioni con le Professioni e le Organizzazioni sindacali, confederali e di categoria, al principio della concertazione sulle scelte strategiche di programmazione e di organizzazione del Servizio Sanitario regionale mediante forme di preventiva informazione e consultazione.

Art. 75.

(Apporto delle Associazioni di volontariato).

1. La Regione riconosce il valore e la funzione dell'attività di volontariato e ne favorisce l'apporto per il conseguimento delle finalità del Servizio Sanitario, individuate dalla programmazione regionale.

2. Le associazioni di volontariato concorrono alle finalità del Servizio Sanitario Regionale sulla base di apposite convenzioni stipulate dalle Aziende sanitarie secondo le previsioni della legge regionale 28 maggio 1992 n. 15 (disciplina del volontariato) e

successive modifiche ed integrazioni.

3. La Giunta regionale definisce i casi in cui, in relazione ad esigenze di omogeneità e di uniformità, le convenzioni di cui al comma 2 sono stipulate, anche attraverso accordi quadro, a livello regionale.

Art. 75 bis.

(Partecipazione delle associazioni al Servizio Sanitario Regionale) (69)

1. Le associazioni di volontariato, i comitati della Croce Rossa Italiana e le altre istituzioni o enti pubblici possono collaborare con le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati per concorrere alle finalità del Servizio Sanitario Regionale. **(103)**

2. La Regione, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati favoriscono e promuovono il coinvolgimento e la partecipazione delle associazioni di volontariato, dei comitati della Croce Rossa e delle altre istituzioni o enti pubblici in tutti i livelli del Servizio Sanitario Regionale. **(104)**

3. Requisito per tale partecipazione delle associazioni di volontariato è l'iscrizione al registro del volontariato di cui alla legge regionale 28 maggio 1992, n. 15 (Disciplina del volontariato) e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 75 ter.

(Gestione del trasporto sanitario) (70)

(Omissis)

Art. 76.

(Consulta regionale per la tutela del diritto alla salute).

1. La Regione Liguria promuove la consultazione con i cittadini e le loro organizzazioni al fine di fornire e raccogliere informazioni sulle modalità di organizzazione, di valutazione e di erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari.

2. A tal fine la Giunta regionale istituisce, definendone le modalità di funzionamento, la Consulta Regionale per la tutela del diritto alla salute alla quale partecipano gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti delle persone che usufruiscono delle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

CAPO III ORGANISMI CONSULTIVI

Art. 77.

(Comitato etico regionale). (96)

1. In attuazione dell'articolo 2, comma 7, della l. 3/2018, il decreto del Ministro della salute 26 gennaio 2023 (Individuazione di quaranta comitati etici territoriali) ha individuato il Comitato etico territoriale - Liguria, quale organismo indipendente volto a garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione, esprimendo un parere di eticità e scientificità prima dell'avvio di qualsiasi studio che coinvolga l'uomo e ne ha stabilito le funzioni. **(253)**

2. (Omissis) **(254)**

3. Il comitato etico si avvale di segreterie, amministrativa e tecnico-scientifica, con personale dedicato, in via esclusiva, a tali attività.

4. (Omissis) **(134)**

5. Nel rispetto dei criteri fissati dal Ministero della salute, la

Giunta regionale disciplina la composizione, il funzionamento e l'organizzazione del comitato etico regionale. **(100) (135)**

6. L'organizzazione e il funzionamento del comitato etico devono garantirne l'indipendenza.

TITOLO IX DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Art. 78.

(Anticipazioni di cassa per le Aziende sanitarie).

1. Le Aziende sanitarie sono autorizzate, per sopperire a temporanee deficienze di cassa ad accendere anticipazioni con il proprio tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale.

2. Le Aziende sanitarie, previa autorizzazione regionale, possono incrementare l'anticipazione di cui al comma 1 di un ulteriore dodicesimo per sopperire a straordinarie, temporanee deficienze di cassa. **(112)**

Art. 79.

(Norma finanziaria).

(Omissis)

TITOLO X DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Art. 80.

(Semplificazioni).

1. La Giunta regionale disciplina la semplificazione delle procedure relative ad autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie, individuando i casi di abolizione di certificati in materia di igiene e sanità pubblica sulla base dell'evoluzione della normativa comunitaria e nazionale, nonché degli indirizzi approvati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Art. 81.

(Attribuzione di funzioni sanzionatorie in materia di tutela delle acque destinate al consumo umano, di prevenzione e sicurezza sul lavoro, di igiene e sanità pubblica, vigilanza sulle farmacie e polizia veterinaria) (97)

1. Sono attribuite all'ATS Liguria le funzioni amministrative concernenti l'applicazione di sanzioni conseguenti al mancato pagamento in misura ridotta previste dalla legge regionale 2 dicembre 1982, n. 45 (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di competenza della Regione o di enti da essi individuati, delegati o subdelegati) e successive modificazioni e integrazioni in materia di: **(132)**

a) acque destinate al consumo umano (decreto legislativo 2 febbraio 2001 n. 31 "Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano" e successive modificazioni ed integrazioni);

b) prevenzione e sicurezza sul lavoro di cui al decreto legislativo 19 settembre 1994 n. 626 (attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE,

99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE e 2003/18/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro) e successive modificazioni e al decreto legislativo 14 agosto 1996 n. 494 (attuazione della direttiva 92/57/CEE concernente le prescrizioni minime di sicurezza e di salute da attuare nei cantieri temporanei o mobili) e successive modificazioni;

b bis) igiene e sanità pubblica, vigilanza sulle farmacie e polizia veterinaria. (98)

b ter) etichettatura delle carni bovine e dei prodotti a base di carni bovine e degli integratori alimentari. (167)

2. L'ATS Liguria esercita le suddette funzioni nel rispetto delle vigenti norme statali e regionali. Le predette disposizioni si applicano ai procedimenti sanzionatori avviati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge. (255)

Art. 82.

(Modificazioni alla l.r. 1/2005).

1. (Omissis) (71) .

2. (Omissis) (72) .

3. (Omissis) (73) .

Art. 83.

(Modifiche alla l.r. 20/1999).

1. (Omissis) (74) .

2. Restano salvi gli effetti delle nomine e dei contratti stipulati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Sono fatte salve, altresì, le procedure avviate prima dell'entrata in vigore della presente legge in relazione alla nomina di due componenti della Commissione tecnica per la verifica dei requisiti di accreditamento a seguito delle modifiche introdotte alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 13 della l.r. 20/1999, dal comma 4 dell'articolo 59 della l.r. 12/2006.

4. Al fine di garantire l'omogeneità dei lavori della Commissione, restano fermi i contratti di tutti i componenti fino alla scadenza delle nomine effettuate ai sensi dell'articolo 59 comma 2 della l.r. 12/2006.

Art. 84.

(Modifiche alla l.r. 12/2006). (105)

(Omissis)

Art. 85.

(Proroga di termini).

1. La validità dell'accreditamento dei presidi che ne abbiano richiesto o ne richiedano il rinnovo entro il 31 dicembre 2006, ai sensi dell'articolo 12, comma 3 della l.r. 20/1999, è prorogata al 31 dicembre 2007.

Art. 86.

(Norme di prima applicazione).

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale definisce i requisiti aggiuntivi ed emana l'avviso pubblico per la nomina del direttore dell'Agenzia di cui all'articolo 65 comma 1.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale approva i seguenti atti relativi all'Agenzia sanitaria regionale:

a) nomina il direttore dell'Agenzia e stipula il relativo contratto;

b) nomina il Comitato di indirizzo di cui all'articolo 68;

c) nomina il Collegio sindacale;

d) definisce le modalità del primo impianto e del funzionamento dell'Agenzia;

e) determina il finanziamento regionale per la fase di primo impianto;

f) designa i componenti del Comitato di indirizzo di cui all'articolo 68;

g) approva lo Statuto dell'Agenzia e la dotazione organica entro trenta giorni dall'invio dello stesso da parte del direttore (77) .

3. Entro sessanta giorni dal suo insediamento il direttore adotta:

a) lo Statuto dell'Agenzia;

b) il primo programma delle attività.

4. In sede di prima applicazione, al fine di favorire l'avvio dell'attività l'Agenzia, la stessa può aderire a contratti o convenzioni già stipulati dalla Regione o da Aziende sanitarie pubbliche alle medesime condizioni previste per le stesse.

Art. 87.

(Norma transitoria).

1. La Giunta regionale:

a) entro centottanta giorni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge:

1) approva la direttiva vincolante di cui all'articolo 8, comma 2;

2) propone al Consiglio regionale l'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale di cui all'articolo 5;

3) approva le linee guida per l'adozione del regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci e del Comitato di rappresentanza, compresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, e fissa i criteri per la nomina del Comitato di rappresentanza stesso di cui all'articolo 15;

4) approva la direttiva vincolante inerente il Consiglio dei sanitari di cui all'articolo 24;

5) fissa i principi inerenti l'aggiornamento alle disposizioni della presente legge degli atti di autonomia aziendale di cui all'articolo 25;

6) definisce l'ambito delle attività attribuite al Distretto, le modalità di esercizio, fasi e tempi di avvio ai sensi dell'articolo 33, comma 3;

7) approva le direttive di cui all'articolo 39, comma 5, lettera a) per l'istituzione o la soppressione di dipartimenti di interesse regionale;

8) approva le direttive per fissare i criteri operativi ed organizzativi per l'istituzione ed il funzionamento dei Dipartimenti gestionali interaziendali di cui all'articolo 39, comma 5, lettera b);

9) approva la direttiva vincolante di cui all'articolo 48 comma 3;

10) istituisce la Consulta regionale di cui all'articolo 76 e ne definisce le modalità di funzionamento;

b) entro un anno a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge:

1) adegua ai contenuti della presente legge le convenzioni in essere con l'Ospedale Galliera e con l'Ospedale Evangelico Internazionale di cui all'articolo 51;

2) nomina il Comitato etico, di cui all'articolo 77. Sino alla nomina del nuovo Comitato etico è prorogata l'attività dei Comitati etici costituiti presso le strutture del servizio sanitario regionale (78)

2. A far data dalla entrata in vigore della presente legge i direttori generali delle Aziende sanitarie:

a) entro sessanta giorni approvano l'atto regolamentare di cui all'articolo 49 ed individuano gli spazi sostitutivi, fino alla realizzazione delle strutture e degli spazi interni, ove può essere effettuata la libera professione. Tali spazi sono individuati prioritariamente presso altre strutture pubbliche e, in subordine, presso strutture private non accreditate, con le quali stipulare apposite convenzioni;

b) entro novanta giorni dall'approvazione da parte della Giunta regionale del provvedimento di cui al comma 1, lettera d), approvano l'aggiornamento degli atti di autonomia aziendale in conformità alla presente legge.

3. I direttori generali delle Aziende sanitarie, i direttori amministrativi ed i direttori sanitari in carica alla data di entrata in vigore della presente legge portano a compimento i relativi incarichi secondo le disposizioni dei relativi contratti di affidamento.

4. Sino all'approvazione degli aggiornamenti degli atti di autonomia aziendale di cui all'articolo 25 è fatta salva l'organizzazione aziendale in essere.

5. Entro otto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge i componenti dei collegi sindacali che, a seguito dell'entrata in vigore dell'articolo 20, abbiano perso il requisito della compatibilità, scelgono tra le diverse cariche.

5 bis. Il Protocollo generale d'intesa di cui all'articolo 12 tra Regione Liguria ed Università degli studi di Genova, stipulato in data 17 marzo 2004, dispiega i propri effetti ancora per due anni dalla data di entrata in vigore della legge regionale 25 novembre 2009, n. 57 (Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale) e ad altre disposizioni regionali in materia sanitaria) (79) .

5 ter. Fino all'adozione del provvedimento di cui al comma 2 dell'articolo 43 bis, le attività di vigilanza, ispezione e controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro sono svolte dalle Unità Operative di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro delle Aziende sanitarie locali secondo le disposizioni vigenti alla data di entrata in vigore della legge 57/2009 (80) .

Art. 88.

(Norma di rinvio).

1. Per tutto quanto non previsto dalla presente legge trovano applicazione le disposizioni di cui al d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché le conseguenti normative nazionali e regionali vigenti in materia.

Art. 89.

(Ospedale Galliera). (182)

1. (Omissis)

Art. 90.

(Abrogazione di norme).

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni regionali:

0a) legge regionale 14 aprile 1983, n. 11 (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie in materia di igiene e sanità pubblica, vigilanza sulle farmacie e polizia veterinaria), limitatamente all'articolo 4; (99)

a) legge regionale 8 agosto 1994, n. 42 (disciplina delle unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale in attuazione dei d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e n. 517 del 7 dicembre 1993);

b) legge regionale 10 febbraio 1999, n. 5 (attribuzione agli Enti locali e disciplina generale dei compiti e delle funzioni amministrative conferite alla Regione dal d.lgs. 112/1998 nelle materie "Tutela della salute" e "Servizi Sociali"), limitatamente all'articolo 2;

c) legge regionale 24 marzo 2000, n. 25 (disciplina dell'organizzazione del servizio sanitario regionale);

d) legge regionale 31 marzo 2006, n. 7 (ordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione), limitatamente all'articolo 11.

2. A far data dall'avvio dell'operatività dell'Agenzia e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2007 è abrogato l'articolo 1 della l.r. 1/2006. Restano salvi gli effetti dei provvedimenti adottati entro la stessa data in attuazione del sopra citato articolo 1.

Art. 91.

(Dichiarazione d'urgenza).

(Omissis)

Note

(1) Tutti i riferimenti ad ARS contenuti nella normativa regionale sono da intendersi fatti ad A.Li.Sa.. (art. 13, comma 4 della L.R. 29 luglio 2016, n. 17). Come stabilito dal comma 16 dell'articolo 1 della L.R. 27/2016, laddove nella presente legge compaiano le parole "Azienda Sanitaria Locale" si deve intendere: "Azienda Sociosanitaria Ligure". Vedi anche l'art. 28, comma 5 della L.R. 28 dicembre 2017, n. 29 secondo cui ogni qualvolta in una legge regionale compaiono le parole: "IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro" si deve intendere: "IRCCS "Ospedale Policlinico San Martino"". Come stabilito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7, tutti i riferimenti contenuti nella presente legge all'IRCCS Azienda ospedaliera metropolitana (IRCCS AOM) sono da intendersi all'Azienda ospedaliera metropolitana (AOM) e tutti i riferimenti all'ospedale Policlinico San Martino sono da intendersi all'IRCCS ospedale Policlinico San Martino.

(2) Lettera aggiunta dall' art. 1 della L.R. 27 dicembre 2011, n. 36 .

(3) Comma aggiunto dall' art. 2 della L.R. 27 dicembre 2011, n. 36 .

(4) Comma già modificato dall' art. 1 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 , successivamente modificato dall'art. 28 della L.R. 28 dicembre 2017, n. 29 e così ulteriormente modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7.

(5) Comma inserito dall' art. 1 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .

(6) Comma così modificato dall' art. 1 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 49 .

(7) Comma così modificato dall' art. 1 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 49 .

(8) Articolo così sostituito dall' art. 1 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 49 .

(9) Articolo inserito dall' art. 1 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 49 .

(10) Articolo inserito dall' art. 1 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 49 e successivamente abrogato dall'art.7 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9.

(11) Vedi l' art. 6 della L.R. 27 dicembre 2011, n. 36 .

- (12) Nota soppressa (Vedi nota 213).
 (13) Nota soppressa (Vedi nota 213).
 (14) Nota soppressa (Vedi nota 219).
 (15) Nota soppressa (Vedi nota 219).
 (16) Nota soppressa (Vedi nota 220).
 (17) Nota soppressa (Vedi nota 122).
 (18) Nota soppressa (Vedi nota 123).
 (19) Capo così sostituito dall' art. 1 della L.R. 1 marzo 2011, n. 2 .
 (20) Nota soppressa (Vedi nota 222).
 (21) Nota soppressa (Vedi nota 223).
 (22) Nota soppressa (Vedi nota 224).
 (23) Nota soppressa (Vedi nota 225).
 (24) Nota soppressa (Vedi nota 225).
 (25) Nota soppressa (Vedi nota 226).
 (26) Nota soppressa (Vedi nota 226).
 (27) Nota soppressa (Vedi nota 227).
 (28) Nota soppressa (Vedi nota 228).
 (29) Nota soppressa (Vedi nota 230).
 (30) Articolo modificato dall' art. 2 della L.R. 1 luglio 2008, n. 21 e così sostituito dall' art. 5 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (31) Lettera così modificata dall' art. 3 della L.R. 1 luglio 2008, n. 21 .
 (32) Lettera aggiunta dall' art. 3 della L.R. 1 luglio 2008, n. 21 .
 (33) Comma modificato dall' art. 5 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 e così sostituito dall' art. 20 della L.R. 9 agosto 2012, n. 29 .
 (34) Comma inserito dall' art. 5 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (35) Comma inserito dall' art. 5 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 e così sostituito dall' art. 20 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
 (36) Comma inserito dall' art. 5 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (37) Articolo inserito dall' art. 6 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (38) Capo inserito dall' art. 7 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (39) Articolo inserito dall' art. 8 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (40) Articolo inserito dall' art. 9 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (41) Articolo inserito dall' art. 10 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (42) Capo inserito dall' art. 11 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (43) Comma inserito dall' art. 12 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 e successivamente abrogato dall' art. 9 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (44) Comma inserito dall' art. 3 della L.R. 27 dicembre 2011, n. 36 e così modificato dall' art. 9 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (45) Punto così sostituito dall' art. 13 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (46) Comma così modificato dall' art. 14 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (47) Comma così modificato dall' art. 14 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (48) Capo abrogato dall' art. 4 della L.R. 1 marzo 2011, n. 2 .
 (49) Articolo abrogato dall' art. 4 della L.R. 1 marzo 2011, n. 2 .
 (50) Articolo abrogato dall' art. 4 della L.R. 1 marzo 2011, n. 2 .
 (51) Comma aggiunto dall' art. 15 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (52) Articolo inserito dall' art. 3 della L.R. 29 dicembre 2010, n. 23 .
 (53) Lettera aggiunta dall' art. 16 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 e così successivamente modificata dall' art. 27 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
 (54) Comma aggiunto dall' art. 16 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (55) Articolo inserito dall' art. 17 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (56) Articolo inserito dall' art. 18 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 e successivamente abrogato dall' art. 34 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
 (57) Articolo inserito dall' art. 19 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (58) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (59) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (60) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (61) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (62) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (63) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (64) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (65) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (66) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (67) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (68) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (69) Articolo inserito dall' art. 20 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 .
 (70) Articolo inserito dall' art. 21 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 ed abrogato dall' art. 2 della L.R. 10 luglio 2014, n. 16.
 (71) Inserisce la lett. c bis) nel comma 1 dell' art. 4 della L.R. 20 gennaio 2005, n. 1 .
 (72) Modifica il comma 4 dell' art. 5 della L.R. 20 gennaio 2005, n. 1 .
 (73) Aggiunge il comma 1 bis all' art. 8 della L.R. 20 gennaio 2005, n. 1 .
 (74) Sostituisce l' art. 13 della L.R. 30 luglio 1999, n. 20 .
 (75) Nota soppressa (vedi nota 105)
 (76) Nota soppressa (vedi nota 105)
 (77) Comma così modificato dall' art. 26 della L.R. 3 aprile 2007, n. 14 .
 (78) Comma così sostituito dall' art. 26 della L.R. 3 aprile 2007, n. 14 .
 (79) Comma aggiunto dall' art. 22 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57 e così modificato dall' art. 3 della L.R. 29 dicembre 2010, n. 23 .
 (80) Comma aggiunto dall' art. 22 della L.R. 25 novembre 2009, n. 57.
 (81) Articolo già sostituito dall' art. 1 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12 e così ulteriormente sostituito dall' art. 9 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
 (82) Nota soppressa (Vedi nota 220).
 (83) Nota soppressa (Vedi nota 220).
 (84) Nota soppressa (Vedi nota 123).
 (85) Nota soppressa (Vedi nota 123).
 (86) Nota soppressa (Vedi nota 228).
 (87) Comma così modificato dall' art. 6 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (88) Lettera abrogata dall' art. 7 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (89) Comma modificato dall' art. 8 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12 e così ulteriormente modificato dall' art. 1 della L.R. 18 novembre 2016, n. 27.
 (90) Comma così modificato dall' art. 9 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (91) Comma così modificato dall' art. 9 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (92) Comma abrogato dall' art. 9 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
 (93) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (94) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (95) Nota soppressa. (Vedi nota 117)
 (96) Articolo così sostituito dall' art. 12 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.

- (97) Rubrica così sostituita dall' art. 13 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
- (98) Lettera aggiunta dall' art. 13 della L.R. 14 maggio 2013, n. 12.
- (99) Lettera aggiunta dall' art. 14 della L.R. 14 marzo 2013, n. 12.
- (100) La Giunta regionale ha provveduto agli adempimenti previsti dal presente comma con deliberazione 19 luglio 2013, n. 890.
- (101) Comma abrogato dall'art. 2 della L.R. 6 giugno 2014, n. 12.
- (102) Capo inserito dall'art. 1 della L.R. 10 luglio 2014, n. 16 e così sostituito dall'art. 1 della L.R. 6 febbraio 2020, n. 7.
- (103) Comma così modificato dall'art. 2 della L.R. 10 luglio 2014, n. 16.
- (104) Comma così modificato dall'art. 2 della L.R. 10 luglio 2014, n. 16.
- (105) Articolo abrogato dall'art. 22 della L.R. 12 novembre 2014, n. 33.
- (106) *Nota soppressa (Vedi nota 244).*
- (107) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (108) *Nota soppressa (Vedi nota 225).*
- (109) Comma così sostituito dall'art. 14 della L.R. 9 marzo 2015, n. 7 .
- (110) *Nota soppressa (Vedi nota 248).*
- (111) *Nota soppressa (Vedi nota 248).*
- (112) Comma già abrogato dall'art. 14 della L.R. 9 marzo 2015, n. 7 . L'art. 10 della L.R. 12 novembre 2015, n. 18 ha disposto la reviviscenza del presente comma.
- (113) Comma sostituito dall'art. 1 della L.R. 23 febbraio 2015, n. 5. Vedi anche quanto disposto dall'articolo 2 della medesima L.R. 5/2015 in ordine al criterio preferenziale per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa e dell'articolo 4 contenente norme transitorie.
- (114) Comma aggiunto dall'art. 13 della L.R. 29 luglio 2016, n. 17, già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 7 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (115) Comma aggiunto dall'art. 13 della L.R. 29 luglio 2016, n. 17 .
- (116) *Nota soppressa (v. nota 118).*
- (117) Titolo abrogato dall'art. 13 della L.R. 29 luglio 2016, n. 17 . Vedi anche le disposizioni transitorie contenute nell'articolo 11 della medesima L.R. 17/2016 .
- (118) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (119) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (120) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (121) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (122) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (123) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (124) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (125) *Nota soppressa (Vedi nota 232).*
- (126) Comma già sostituito dall'art.1 della L.R. 18 novembre 2016, n. 27 e così ulteriormente sostituito dall'art. 19 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (127) *Nota soppressa (Vedi nota 243).*
- (128) Articolo inserito dall'art. 1 della L.R. 18 novembre 2016, n. 27.
- (129) Comma abrogato dall'art. 1 della L.R. 18 novembre 2016, n. 27.
- (130) Comma abrogato dall'art. 1 della L.R. 18 novembre 2016, n. 27.
- (131) Lettera già modificata dall'art. 19 della L.R. 11 maggio 2017, n. 9 e così ulteriormente modificata dall'art. 1 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9.
- (132) Alinea già modificato dall'art. 19 della L.R. 11 maggio 2017, n. 9 e così ulteriormente modificato dall'art. 30 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (133) *Nota soppressa (Vedi nota 254).*
- (134) *Comma abrogato dall'art. 28 della L.R. 28 dicembre 2017, n. 29 .*
- (135) *Comma così modificato dall'art. 28 della L.R. 28 dicembre 2017, n. 29 .*
- (136) *Nota soppressa (Vedi nota 210).*
- (137) *Nota soppressa (Vedi nota 211).*
- (138) *Nota soppressa (Vedi nota 213).*
- (139) *Nota soppressa (Vedi nota 219).*
- (140) *Nota soppressa (Vedi nota 219).*
- (141) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (142) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (143) *Nota soppressa (Vedi nota 222).*
- (144) *Nota soppressa (Vedi nota 224).*
- (145) *Nota soppressa (Vedi nota 224).*
- (146) *Nota soppressa (Vedi nota 224).*
- (147) *Nota soppressa (Vedi nota 224).*
- (148) *Nota soppressa (Vedi nota 224).*
- (149) *Comma così modificato dall' art. 28 della L.R. 28 dicembre 2017, n. 29 .*
- (150) *Nota soppressa (Vedi nota 225).*
- (151) *Nota soppressa (Vedi nota 225).*
- (152) *Nota soppressa (Vedi nota 226).*
- (153) *Nota soppressa (Vedi nota 226).*
- (154) *Nota soppressa (Vedi nota 226).*
- (155) *Nota soppressa (Vedi nota 226).*
- (156) *Nota soppressa (Vedi nota 226).*
- (157) *Nota soppressa (Vedi nota 227).*
- (158) *Nota soppressa (Vedi nota 227).*
- (159) *Nota soppressa (Vedi nota 228).*
- (160) Articolo inserito dall'art. 12 della L.R. 29 dicembre 2019, n. 31.
- (161) *Comma così sostituito dall' art. 1 della L.R. 2 aprile 2021, n. 5 .*
- (162) *Comma così sostituito dall' art. 1 della L.R. 2 aprile 2021, n. 5 .*
- (163) Comma inserito dall'art. 1 della L.R. 2 aprile 2021, n. 5.
- (164) Comma già sostituito dall'art. 1 della L.R. 2 aprile 2021, n. 5 e così successivamente modificato dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20.
- (165) Articolo inserito dall'art. 26 della L.R. 2 dicembre 2021, n. 22.
- (166) Articolo inserito dall'art. 26 della L.R. 2 dicembre 2021, n. 22.
- (167) Lettera aggiunta dall'art. 26 della L.R. 2 dicembre 2021, n. 22.
- (168) *Articolo inserito dall' art. 28 della L.R. 28 dicembre 2022, n. 16 .*
- (169) *Vedi proroga prevista dall' art. 12 della L.R. 30 giugno 2023, n. 14 .*
- (170) *Comma aggiunto dall' art. 4 della L.R. 2 agosto 2023, n. 17 .*
- (171) *Comma aggiunto dall'art. 4 della L.R. 2 agosto 2023, n. 17 e successivamente modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7.*
- (172) *Articolo inserito dall' art. 4 della L.R. 2 agosto 2023, n. 17 .*
- (173) *Lettera aggiunta dall' art. 4 della L.R. 2 agosto 2023, n. 17 .*
- (174) *Nota soppressa (Vedi nota 220).*
- (175) *Nota soppressa.*
- (176) Lettera inserita dall'art. 1 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9 e così successivamente modificata dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.

- (177) Lettera aggiunta dall'art. 2 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9. Vedi anche le disposizioni transitorie di cui all'art. 6 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9.
- (178) Comma già modificato dall'art. 3 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9, successivamente modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così ulteriormente modificato dall'art. 5 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (179) Nota soppressa (Vedi nota 220).
- (180) Nota soppressa (Vedi nota 223).
- (181) Nota soppressa (Vedi nota 223).
- (182) Articolo abrogato dall'art. 7 della L.R. 11 luglio 2025, n. 9.
- (183) Lettera già modificata dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7, successivamente sostituita dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18 e così ulteriormente sostituita dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7.
- (184) Alinea già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 4 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (185) Lettera abrogata dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7.
- (186) Lettera già modificata dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificata dall'art. 7 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (187) Nota soppressa (Vedi nota 220).
- (188) Nota soppressa (Vedi nota 220).
- (189) Nota soppressa (Vedi nota 220).
- (190) Nota soppressa (Vedi nota 220).
- (191) Nota soppressa (Vedi nota 232).
- (192) Nota soppressa (Vedi nota 259).
- (193) Comma già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 23 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (194) Comma già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 23 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (195) Comma già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 24 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (196) Comma già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 26 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (197) Comma già modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7 e così successivamente modificato dall'art. 26 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (198) Comma così modificato dall'art. 14 della L.R. 29 maggio 2025, n. 7.
- (199) Articolo così sostituito dall'art. 1 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (200) Lettera così modificata dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (201) Lettera abrogata dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (202) Lettera inserita dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (203) Lettera così sostituita dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (204) Lettera così sostituita dall'art. 2 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (205) Articolo così sostituito dall'art. 3 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. Vedi anche la disposizione transitoria contenuta nel comma 37, dell'art. 33 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (206) Lettera così modificata dall'art. 4 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (207) Lettera abrogata dall'art. 5 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (208) Rubrica così modificata dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (209) Alinea così modificato dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (210) Lettera abrogata dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (211) Lettera abrogata dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (212) Comma abrogato dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (213) Comma abrogato dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (214) Comma abrogato dall'art. 6 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (215) Lettera così modificata dall'art. 7 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (216) Articolo inserito dall' art. 8 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (217) Articolo inserito dall' art. 8 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (218) Articolo inserito dall' art. 8 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (219) Articolo così sostituito dall'art. 9 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (220) Capo così sostituito dall'art. 10 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (221) Rubrica così sostituita dall'art. 11 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (222) Articolo così sostituito dall'art. 12 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (223) Articolo così sostituito dall'art. 12 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (224) Articolo così sostituito dall'art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (225) Articolo così sostituito dall'art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (226) Articolo così sostituito dall'art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (227) Articolo così sostituito dall'art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (228) Articolo così sostituito dall'art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (229) Articolo inserito dall' art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (230) Articolo così sostituito dall'art. 13 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (231) Articolo inserito dall' art. 14 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (232) Articolo così sostituito dall'art. 15 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (233) Articolo così sostituito dall'art. 15 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (234) Comma così modificato dall'art. 16 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (235) Comma così modificato dall'art. 16 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (236) Comma così modificato dall'art. 16 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (237) Comma così modificato dall'art. 16 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (238) Rubrica così sostituita dall'art. 17 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.
- (239) Comma così modificato dall'art. 17 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18.

(240) Comma così modificato dall'art. 18 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (241) Comma così modificato dall'art. 19 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (242) Comma così modificato dall'art. 19 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (243) Comma abrogato dall'art. 19 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (244) Comma abrogato dall'art. 19 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (245) Alinea così modificato dall'art. 20 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (246) Lettera così modificata dall'art. 20 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (247) Lettera così modificata dall'art. 20 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (248) Articolo così sostituito dall'art. 21 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (249) Comma così modificato dall'art. 22 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (250) Comma così modificato dall'art. 25 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (251) Lettera così modificata dall'art. 27 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (252) Alinea così modificato dall'art. 28 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (253) Comma così sostituito dall'art. 29 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (254) Comma abrogato dall'art. 29 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (255) Comma così modificato dall'art. 30 della L.R. 12 dicembre 2025, n. 18. (256) Lettera così modificata dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20. (257) Lettera così modificata dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20. (258) Comma aggiunto dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20. (259) Comma così sostituito dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20. (260) Comma così sostituito dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20. (261) Comma così sostituito dall'art. 15 della L.R. 24 dicembre 2025, n. 20. (262) Comma così sostituito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (263) Comma inserito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (264) Comma così sostituito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (265) Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (266) Lettera così sostituita dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (267) Lettera aggiunta dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (268) Comma aggiunto dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (269) Comma aggiunto dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (270) Lettera così modificata dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (271) Comma così sostituito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (272) Lettera così sostituita dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7.	(273) Comma così sostituito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (274) Comma così sostituito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (275) Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (276) Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (277) Lettera così sostituita dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (278) Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (279) Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (280) Lettera così sostituita dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7. (281) Comma così sostituito dall'art. 1 della L.R. 25 giugno 2026, n. 7.
--	---