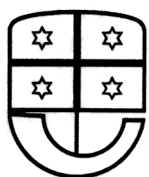


REPUBBLICA ITALIANA



# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LIGURIA

Direzione, Amministrazione: Tel. 010 54.851  
Redazione: Tel. 010 5485663 - 5068 - Fax 010 5484815  
Abbonamenti e Spedizioni: Tel. 010 5485232 - 5253

Internet: [www.regione.liguria.it](http://www.regione.liguria.it)  
E-mail: [abbonati@regione.liguria.it](mailto:abbonati@regione.liguria.it)  
E-mail: [burl@regione.liguria.it](mailto:burl@regione.liguria.it)

---

---

**PARTE PRIMA**

Genova - Via Fieschi 15

**CONDIZIONI DI VENDITA:** Ogni fascicolo € 2,50. "La vendita è effettuata esclusivamente in Genova presso la Libreria Giuridica-Galleria E. Martino 9."

**CONDIZIONI DI ABBONAMENTO:** Con decorrenza annuale:

Canone globale: € 160,00 - Parte I: € 40,00 - Parte II: € 80,00 - Parte III: € 40,00 - Parte IV: € 35,00 - Sconto alle librerie: 10% - È esclusa la fatturazione. I Supplementi Straordinari (Leggi finanziarie, Ruolo nominativo S.S.n., ...) non sono compresi nei normali canoni di abbonamento, il singolo prezzo viene stabilito dall'Ufficio di Presidenza; degli atti in essi contenuti ne viene data notizia sul corrispondente fascicolo ordinario. Il costo dei fascicoli arretrati è il doppio del prezzo di copertina. I fascicoli esauriti sono prodotti in fotocopia il cui prezzo è di € 0,13 per facciata. I fascicoli non recapitati devono essere richiesti entro 30 giorni.

**CONDIZIONI DI PUBBLICAZIONE E TARIFFE:** Tutti gli annunci e avvisi dei quali si richiede la pubblicazione sul B.U.R.L. devono essere prodotti in originale, redatti in carta da bollo nei casi previsti dal D.p.r. 26.10.1972 n. 642 e s.m., con allegate due fotocopie, firmati dalla persona responsabile che richiede la pubblicazione, con l'indicazione della qualifica o carica sociale. Il costo della pubblicazione è a carico della Regione quando la pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti regionali - Alle richieste di pubblicazione onerosa deve essere allegata la ricevuta del versamento sul c/c postale dell'importo dovuto, secondo le **TARIFFE** vigenti: diritto fisso di intestazione € 5,00 - Testo € 2,00 per ciascuna linea di scrittura (massimo 65 battute) o frazione, compresa la firma dattiloscritta. Sconto del 10% sui testi anticipati per posta elettronica.

**TERMINI DI PUBBLICAZIONE:** Si pubblica di regola il mercoledì, se coincidente con festività, il primo giorno successivo non festivo. Gli annunci, avvisi e bandi di concorso da pubblicarsi entro i termini stabiliti devono pervenire alla Redazione del B.U.R.L. Via Fieschi 15 - 16121 Genova, entro le ore 12 dei due mercoledì precedenti l'uscita del Bollettino, la scadenza indicata deve essere di almeno 15 giorni dalla data di pubblicazione, pena la mancata pubblicazione.

**CONDIZIONI DI PAGAMENTO:** Il pagamento degli abbonamenti e delle inserzioni deve avvenire esclusivamente mediante versamento sul c/c postale N.00459164 intestato al Bollettino Ufficiale Regione Liguria, Via Fieschi, 15 - 16121 Genova indicando a tergo del certificato di allibramento, la causale del versamento. L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tale indicazione.

---

Poligrafica Ruggiero s.r.l. - Nucleo Industriale Pianodardine AVELLINO  
Pubblicazione settimanale - "Poste Italiane S.p.A. - Spedizioni in A.P. - 70% - DCB Avellino - n. 180/2005"

---

**PARTE PRIMA**

---

---

*Atti di cui all'art. 3 della Legge Regionale 24 Dicembre 2004 n. 32*

---

---

**SOMMARIO**

**LEGGE REGIONALE 1 Dicembre 2006 N. 37**

**Interventi regionali per la valorizzazione dei percorsi pedonali comunali di particolare interesse paesistico-culturale (creuze).**

**pag. 720**

**LEGGE REGIONALE 1 Dicembre 2006 N. 38**

**Modifiche alla legge regionale 17 agosto 2006 n. 25 (disposizioni sul-**

<b>l'autonomia del Consiglio regionale – Assemblea legislativa regionale della Liguria).</b>	<b>pag. 722</b>
<b>LEGGE REGIONALE 1 Dicembre 2006 N. 39 Nuove norme per l'Istituto Regionale per la Floricoltura.</b>	<b>pag. 725</b>
<b>LEGGE REGIONALE 1 Dicembre 2006 N. 40 Modifiche alla legge regionale 9 settembre 1998 n. 31 (norme in materia di trasporto pubblico locale).</b>	<b>pag. 734</b>
<b>LEGGE REGIONALE 7 Dicembre 2006 N. 41 Riordino del Servizio Sanitario Regionale.</b>	<b>pag. 739</b>

## **LEGGE REGIONALE 1 DICEMBRE 2006 N. 37**

**Interventi regionali per la valorizzazione dei percorsi pedonali comunali di particolare interesse paesistico-culturale (creuze).**

Il Consiglio regionale ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
promulga

la seguente legge regionale:

### **Articolo 1 (Finalità)**

1. La Regione Liguria valorizza i percorsi comunali a uso pedonale di particolare interesse storico-culturale tipici del territorio ligure e a tal fine concede finanziamenti per il conseguimento o il mantenimento della agibilità delle pavimentazioni a ciottoli, pietre e mattoni (creuze).

### **Articolo 2 (Interventi finanziabili e ammontare dei contributi)**

1. La Regione, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, concede contributi in conto capitale ai Comuni per interventi di recupero, ripristino e conservazione delle pavimentazioni di cui all'articolo 1.
2. I contributi sono concessi nella misura del cinquanta per cento della spesa riconosciuta ammissibile. Qualora il percorso pedonale sia ricompreso in zone classificate storiche o di pregio ambientale dallo strumento urbanistico comunale il contributo può essere erogato nella misura del settanta per cento della spesa ammissibile.
3. Per i Comuni con popolazione inferiore a 3000 abitanti, tali contributi sono concessi nella misura del sessanta per cento della spesa riconosciuta ammissibile e, qualora il percorso pedonale sia ricompreso in zone classificate storiche o di pregio ambientale dallo strumento urbanistico comunale, il contributo può essere erogato nella misura dell'ottanta per cento della spesa ammissibile.

### **Articolo 3 (Modalità e criteri per la concessione dei contributi)**

1. La Giunta regionale definisce con cadenza biennale modalità e criteri per la concessione dei contributi ai Comuni tenendo conto nella definizione della graduatoria in particolare dei seguenti criteri:
  - a) maggiore utilizzazione pubblica;
  - b) interesse storico-culturale dell'intervento;
  - c) urgenza ed entità qualitativa e quantitativa dell'intervento;
  - d) immediata cantierabilità dell'opera;
  - e) uso di materiali tradizionali.
2. I Comuni entro il 28 febbraio di ogni biennio inviano alla Giunta regionale le richieste di finanziamento rispondenti alle caratteristiche di cui all'articolo 1.

### **Articolo 4 (Liquidazione dei contributi)**

1. Il finanziamento concesso è liquidato nella misura del settanta per cento all'inizio dei lavori e nella restante misura all'ultimazione dei lavori previa richiesta dell'Ente attuatore, corredato del certificato di regolare esecuzione e/o collaudo e relativo atto approvativo.

**Articolo 5**  
**(Norma transitoria)**

1. Entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge i Comuni presentano le domande di contributo. La Giunta regionale provvede all'approvazione della graduatoria degli interventi entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

**Articolo 6**  
**(Norma finanziaria)**

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede mediante le seguenti variazioni allo stato di previsione della spesa del bilancio per l'anno finanziario 2006:
  - prelevamento dall'U.P.B. 18.107 "Fondo speciale di parte corrente" di euro 25.000,00 in termini di competenza e di cassa;
  - iscrizione all'U.P.B. 3.203 "Interventi per il recupero dei valori tradizionali del paesaggio ligure" di euro 25.000,00 in termini di competenza e di cassa.
2. Agli oneri per gli esercizi successivi si provvede con legge di bilancio.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Liguria.

Data a Genova, addì 1 dicembre 2006

IL PRESIDENTE  
Claudio Burlando

---

**NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE N. 37**  
**DEL 1° DICEMBRE 2006**

*PREMESSA: I testi eventualmente qui pubblicati sono redatti dal Settore Assemblea e Legislativo del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 24 dicembre 2004 n. 32, al fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge citate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi originari.*

**1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE**

- a) la proposta di legge è stata presentata al Consiglio regionale su iniziativa dei Consiglieri Ubaldo Benvenuti, Franco Bonello, Ezio Chiesa, Luigi Cola, Antonino Miceli, Minella Mosca e Moreno Veschi in data 29 maggio 2006, dove ha acquisito il numero d'ordine 189;
- b) è stata assegnata alla VI Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 83, primo comma e alla II Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 85, primo comma del Regolamento interno del Consiglio;
- c) la VI Commissione consiliare si è espressa favorevolmente all'unanimità nella seduta dell'8 novembre 2006 e la II Commissione consiliare si è espressa favorevolmente all'unanimità nella seduta del 16 novembre 2006;
- d) è stata esaminata e approvato all'unanimità dal Consiglio regionale nella seduta del 22 novembre 2006;
- e) la legge regionale entra in vigore il 28 dicembre 2006.

**2. RELAZIONI AL CONSIGLIO**

*RELAZIONE DI MAGGIORANZA (Consigliere Ubaldo Benvenuti)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri*

*come è noto la Liguria ha un territorio montuoso e collinare, non vi sono pianure e le coste sono quasi sempre a strapiombo sul mare. A causa di questa conformazione, i suoi abitanti, già nei secoli addietro, hanno cercato di recuperare spazi preziosi ove costruire le proprie case e sviluppare le proprie attività.*

*Ciò ha prodotto una crescita verticale dei centri urbani attraverso il susseguirsi di scalinate e percorsi pedonali con ampi gradoni di mattoni e ciottoli (le creuze) che dal mare salgono lentamente attraverso le colline retrostanti.*

*Obiettivo della presente proposta di legge è la valorizzazione ed il ripristino di questi percorsi, sia che si snodino nel tratto cittadino, che in quello montano, attraverso l'erogazione di contributi in conto capitale ai Comuni per gli interventi di recupero, ripristino e conservazione dei medesimi. Oltre a ciò la proposta di legge, ampiamente condivisa, intende incentivare il processo di miglioramento della vivibilità urbana disincentivando l'uso dell'auto privata a favore della mobilità pedonale.*

*Durante l'esame in VI Commissione, sono stati approvati alcuni emendamenti. In particolare all'articolo 2, relativo alla concessione di contributi nella misura del 50 per cento della spesa riconosciuta ammissibile, è stato precisato che per i Comuni con popolazione inferiore a tremila abitanti, tali contributi sono concessi nella misura del 60 per cento della spesa riconosciuta ammissibile e, qualora il percorso pedonale sia ricompreso in zone classificate storiche o di pregio ambientale dallo strumento urbanistico comunale, il contributo può essere erogato nella misura dell'80 per cento della spesa ammissibile.*

*L'articolo 3 stabilisce che la Giunta regionale definisca, con cadenza biennale, modalità e criteri per la concessione dei contributi ai Comuni, tenendo conto nella definizione della graduatoria di alcuni criteri elencati nel medesimo articolo.*

*L'articolo 4 prende in considerazione la liquidazione dei contributi, mentre l'articolo 5 definisce il regime transitorio, prevedendo che entro il termine di 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge i Comuni presentino le domande di contributo. La Giunta regionale provvede all'approvazione della graduatoria degli interventi entro 150 giorni dall'entrata in vigore della legge.*

*Per quanto riguarda il finanziamento si è provveduto a stanziare una somma poco più che simbolica tenendo conto che l'approvazione della legge avviene ormai alla fine dell'esercizio di bilancio 2006. La Commissione si è raccomandata di provvedere a finanziare adeguatamente la legge con il bilancio 2007 ormai di prossima approvazione.*

*La Commissione ha contribuito a affinare e migliorare il testo inizialmente presentato confermandone e condividendone gli aspetti, lo spirito di fondo e i contenuti di tutto il provvedimento; ha quindi approvato all'unanimità la proposta di legge realizzando uno spirito largamente unitario sottolineato dall'adesione di tutti i Consiglieri presenti.*

*Alla luce di quanto espresso in premessa, auspico che il Consiglio regionale voglia esprimersi favorevolmente sulla presente proposta di legge.*

---

---

## **LEGGE REGIONALE 1 DICEMBRE 2006 N. 38**

**Modifiche alla legge regionale 17 agosto 2006 n. 25 (disposizioni sull'autonomia del Consiglio regionale – Assemblea legislativa regionale della Liguria).**

Il Consiglio regionale ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
promulga

la seguente legge regionale:

**Articolo 1**  
**(Inserimento dell'articolo 4 bis della l.r. 25/2006)**

1. Dopo l'articolo 4 della legge regionale 17 agosto 2006 n. 25 (disposizioni sull'autonomia del Consiglio regionale – Assemblea legislativa regionale della Liguria) è inserito il seguente:

**“Articolo 4 bis**  
**(Intestazione degli atti ufficiali del Consiglio regionale – Assemblea legislativa regionale della Liguria)**

1. Gli atti ufficiali del Consiglio regionale, compresi anche gli atti dei Gruppi consiliari, recano l'intestazione “Consiglio regionale – Assemblea legislativa regionale della Liguria”.

**Articolo 2**  
**(Modificazioni al comma 3 dell'articolo 29 della l.r. 25/2006)**

1. Al comma 3 dell'articolo 29 della l.r. 25/2006 dopo le parole “a diversa determinazione dell'Ufficio di Presidenza, gli adempimenti relativi” sono inserite le seguenti : “allo stato giuridico ed”.

**Articolo 3**  
**(Inserimento del comma 4 bis dell'articolo 29 della l.r. 25/2006)**

1. Dopo il comma 4 dell'articolo 29 della l.r. 25/2006 è inserito il seguente comma:

“4 bis. Al comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 3/1987 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) la parola “Capigruppo” è sostituita dalle parole “Presidenti dei Gruppi”;
- b) la parola “seguenti” è soppressa;
- c) dopo le parole “del Parlamento)” sono inserite le seguenti parole: “deliberate dall'Ufficio di Presidenza, ai sensi dell'articolo 52, comma 1, lettera b) del T.U.I.R. (d.P.R. 917/1986) e”;
- d) le parole da “alla percorrenza” fino a “Regione:” sono sostituite dalle parole “alla Provincia di elezione o residenza.”;
- e) le lettere a), b), c), d), e) sono sopresse.”.

**Articolo 4**  
**(Inserimento del comma 4 ter dell'articolo 29 della l.r. 25/2006)**

1. Dopo il comma 4 bis dell'articolo 29 della l.r. 25/2006 come modificato dalla presente legge è inserito il seguente comma:

“4 ter. Il comma 2 dell'articolo 4 della l.r. 3/1987 è abrogato.”.

**Articolo 5**  
**(Inserimento del comma 4 quater dell'articolo 29 della l.r. 25/2006)**

1. Dopo il comma 4 ter dell'articolo 29 della l.r. 25/2006 come modificato dalla presente legge è inserito il seguente comma:

“4 quater. Dopo il comma 5 dell'articolo 4 della l.r. 3/1987 è inserito il seguente comma:

“5 bis. L'Ufficio di Presidenza può deliberare eventuali motivate variazioni delle condizioni e modalità di trattenuta di cui ai commi 4 e 5.”.

**Articolo 6**  
**(Sostituzione del comma 5 dell'articolo 29 della l.r. 25/2006)**

1. Il comma 5 dell'articolo 29 della l.r. 25/2006 è sostituito dai seguenti commi:

- “5. Al comma 10 dell’articolo 4 della l.r. 3/1987 le parole “sul territorio nazionale” sono soppresse.
- 5 bis. Al comma 4 dell’articolo 13 della l.r. 3/1987 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) le parole da “familiari” a “casa” sono soppresse;
  - b) dopo le parole “sola volta” sono inserite le parole “per ciascuna legislatura a partire dalla seconda”.
- 5 ter. All’articolo 1 della legge regionale 19 dicembre 1990 n. 38 (testo unico delle norme in materia di funzionamento e di assegnazione di personale ai gruppi consiliari) le parole “articolo 27” sono sostituite dalle parole “articolo 28”.
- 5 quater. Al comma 1 dell’articolo 2 della l.r. 38/1990 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) alla lettera a) le parole “lire 3 milioni” sono sostituite dalle parole “euro 1.550,00 e le parole “lire 1 milione e 500 mila” sono sostituite dalle parole “euro 775,00”;
  - b) la lettera b) è soppressa;
  - c) alla lettera c) le parole da “corrispondente” a “dal secondo Consigliere” sono sostituite dalle parole “non dirigenziale; l’Ufficio di Presidenza, con propria deliberazione, integra detto finanziamento entro il limite massimo del costo lordo complessivo, per l’Ente, corrispondente ad una unità di personale non dirigenziale per ciascun Consigliere appartenente a ciascun Gruppo”.
- 5 quinquies. Ai commi 1 e 3 bis dell’articolo 4 della l.r. 38/1990 le parole “Conferenza dei Capigruppo” sono sostituite dalle parole “Conferenza dei Presidenti dei Gruppi” e le parole “articolo 27” sono sostituite dalle parole “articolo 28”.
- 5 sexies. All’articolo 4 bis della l.r. 38/1990 le parole “Capigruppo consiliari” sono sostituite dalle parole “Presidenti dei Gruppi consiliari” e la parola “Capigruppo” è sostituita dalla parola “Presidente”.
- 5 septies. All’articolo 5 della l.r. 38/1990 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) al comma 3 le parole “categoria corrispondente all’ex VIII qualifica funzionale (posizione economica D3)” sono sostituite dalle parole “posizione economica D3”;
  - b) alla lettera a) del comma 4 le parole “all’ex VIII qualifica funzionale (posizione economica D3)” sono sostituite dalle parole “alla posizione economica D3” e le parole “all’ex VI qualifica funzionale (posizione economica C1) sono sostituite dalle parole “alla posizione economica C1”;
  - c) alla lettera b) del comma 4 le parole “all’ex VIII qualifica funzionale (posizione economica D3)” sono sostituite dalle parole “alla posizione economica D3”.
- 5 octies. Il comma 1 dell’articolo 5 bis della l.r. 38/1990 è sostituito dal seguente comma:
- “1. Per le finalità previste dagli articoli 2, lettera b) e 5 possono essere stipulati contratti a termine ed instaurati rapporti di collaborazione o consulenza.”.
- 5 novies. Al comma 1 dell’articolo 7 della l.r. 38/1990 le parole “computati i” sono sostituite dalle parole “computati gli oneri complessivi al lordo, per l’Ente, derivanti dai” e dopo la lettera g) sono aggiunte le seguenti lettere:
- “g bis) indennità di comparto;  
g ter) indennità di posizione organizzativa di fascia A per la categoria D3.”.
- 5 decies. All’articolo 8 della l.r. 38/1990 la parola “Capogruppo” è sostituita dalle parole “Presidente del Gruppo”.

**Articolo 7  
(Dichiarazione d'urgenza)**

1. La presente legge regionale è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Liguria.

Data a Genova, addì 1 dicembre 2006

IL PRESIDENTE  
Claudio Burlando

---

**NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE N. 38  
DEL 1° DICEMBRE 2006**

*PREMESSA: I testi eventualmente qui pubblicati sono redatti dal Settore Assemblea e Legislativo del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 24 dicembre 2004 n. 32, al fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge citate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi originari.*

**1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE**

- a) la proposta di legge è stata presentata al Consiglio regionale su iniziativa dei Consiglieri G. Ronzitti, R. Monteleone, F. Orsi, P. Muratore e F. Rocca in data 24 ottobre 2006, dove ha acquisito il numero d'ordine 231;
- b) è stata assegnata alla I Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 83, primo comma del Regolamento interno del Consiglio;
- c) la I Commissione consiliare si è espressa favorevolmente all'unanimità nella seduta del 15 novembre 2006;
- d) è stata esaminata e approvata all'unanimità dal Consiglio regionale nella seduta del 22 novembre 2006;
- e) la legge regionale entra in vigore il 14 dicembre 2006.

**2. NOTE AGLI ARTICOLI**

*Nota all'articolo 1*

- La legge regionale 17 agosto 2006 n. 25 è pubblicata nel B.U. 30 agosto 2006 n. 13;

*Nota all'articolo 2*

- La legge regionale 16 febbraio 1987 n. 3 è pubblicata nel B.U. 25 febbraio 1987 n. 8;

*Nota all'articolo 6*

- La legge regionale 19 dicembre 1990 n. 38 è pubblicata nel B.U. 2 gennaio 1991 n. 1.

---

**LEGGE REGIONALE 1 DICEMBRE 2006 N. 39**

**Nuove norme per l'Istituto Regionale per la Floricoltura.**

Il Consiglio regionale ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
promulga



la seguente legge regionale:

**Articolo 1**  
**(Finalità dell'Istituto Regionale per la Floricoltura)**

1. La presente legge detta la nuova disciplina per l'Istituto Regionale per la Floricoltura (IRF), già istituito con legge regionale 2 luglio 1976 n. 22 (norme per la costituzione dell'Istituto regionale per la floricoltura), successivamente modificata dalla legge regionale 13 marzo 1986 n. 6 (modifiche e integrazioni alla legge regionale 2 luglio 1976 n. 22 "Norme per la costituzione dell'Istituto regionale per la floricoltura").
2. L'IRF ha sede in Sanremo.
3. L'IRF è un ente strumentale della Regione che si prefigge lo scopo di favorire lo sviluppo economico e la competitività del sistema delle imprese florovivaistiche liguri attraverso la promozione, la realizzazione ed il coordinamento delle attività di ricerca e sperimentazione.
4. L'IRF persegue la finalità di cui al comma 3 mediante azioni mirate a favorire la produzione florovivaistica ligure e volte a:
  - a) promuovere, sostenere, svolgere e valorizzare attività di ricerca e sperimentazione, anche attraverso il trasferimento di conoscenze e tecnologie;
  - b) favorire la valorizzazione dell'innovazione e dei suoi attori;
  - c) fornire servizi specialistici anche ai sensi della legge regionale 29 novembre 2004 n. 22 (disciplina dei servizi di sviluppo agricolo e degli investimenti di animazione per lo sviluppo rurale), nonché assistenza tecnica e tecnologica;
  - d) favorire le attività formative per gli operatori del settore e per gli studenti di corsi professionali e/o universitari, nonché nell'ambito di dottorati di ricerca di portata nazionale o internazionale e di attività specialistiche;
  - e) organizzare attività rivolte agli addetti del settore, provenienti da strutture della ricerca e della sperimentazione, pubbliche o private, nazionali od internazionali, per corsi e stage di addestramento o per lo svolgimento di ricerche e sperimentazioni o per l'applicazione di tecniche nell'ottica di potenziare il florovivaismo ligure;
  - f) contribuire alla costituzione di gruppi di prodotto o di processo per lo sviluppo dell'innovazione sul territorio;
  - g) stipulare specifici accordi e convenzioni con consorzi, fondazioni o società, soggetti pubblici e privati, nazionali od internazionali, al fine di interagire professionalmente nell'interesse del florovivaismo ligure;
  - h) individuare e rispondere a bandi europei o nazionali per acquisire risorse aggiuntive destinate alla promozione della ricerca e dell'innovazione;
  - i) promuovere lo sviluppo coordinato e sinergico delle attività di ricerca e di servizio delle strutture specialistiche afferenti alla competenza della Regione;
  - l) promuovere l'orientamento, la dimostrazione e la divulgazione per la specializzazione, la valorizzazione ed il miglioramento delle produzioni florovivaistiche e per l'aggiornamento professionale in tali settori;
  - m) promuovere la cooperazione con altri Enti e Istituti di ricerca nazionali ed internazionali, al fine di potenziare il sistema della ricerca in floricoltura in termini di dimensioni, risorse, competenze e competitività;
  - n) promuovere borse di studio ed assegni di ricerca.
5. La Regione, nell'ambito dei Servizi di Sviluppo Agricolo, può affidare direttamente all'IRF la realizzazione di specifici progetti.
6. L'IRF è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa e gestionale, patrimoniale e contabile, tenuto conto di quanto stabilito all'articolo 12.
7. L'IRF può costituire sedi secondarie correlate ad effettive esigenze di sviluppo del comparto florovivaistico ligure.
8. L'attività e il funzionamento dell'IRF sono disciplinate dallo Statuto di cui all'articolo 10.

## **Articolo 2 (Enti partecipanti)**

1. Possono aderire all'IRF enti pubblici, cooperative ed associazioni tra operatori florovivaistici.
2. La partecipazione alla gestione dell'IRF da parte dei soggetti di cui al comma 1 avviene secondo le modalità previste dallo Statuto.

## **Articolo 3 (Organi dell'IRF)**

1. Sono organi dell'IRF:
  - a) l'Assemblea;
  - b) il Comitato direttivo;
  - c) il Presidente;
  - d) il Collegio dei revisori dei conti.

## **Articolo 4 (Assemblea)**

1. L'Assemblea dell'IRF è composta:
  - a) da sei membri nominati dalla Regione;
  - b) da un rappresentante di ciascun Ente pubblico partecipante;
  - c) dal rappresentante di ognuna delle associazioni e cooperative di cui all'articolo 2, comma 1, purchè il numero complessivo dei rappresentanti sia inferiore al numero complessivo dei rappresentanti di cui alla lettera b);
  - d) da sei membri designati dalle organizzazioni professionali degli imprenditori agricoli maggiormente rappresentative a livello nazionale.
2. L'Assemblea è costituita con deliberazione della Giunta regionale. Le designazioni di cui alle lettere b), c) e d) del comma 1, debbono pervenire alla Regione entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta, trascorsi i quali l'Assemblea si considera validamente costituita, purché siano stati designati dalle rispettive componenti almeno i due terzi dei membri, salvo successiva integrazione.
3. L'Assemblea dura in carica cinque anni; viene convocata su iniziativa del Presidente o su richiesta di almeno un quinto dei suoi membri.
4. Spetta all'Assemblea:
  - a) adottare o modificare lo Statuto di cui all'articolo 10;
  - b) deliberare il bilancio annuale e pluriennale di previsione;
  - c) deliberare il rendiconto generale;
  - d) deliberare la pianta organica;
  - e) eleggere, nel proprio seno, sei membri del Comitato direttivo di cui all'articolo 5 e il Vicepresidente dell'IRF;
  - f) fornire al Comitato direttivo le linee guida per l'adozione dei programmi di attività nonché per il coordinamento e la collaborazione con le istituzioni pubbliche e private che possono concorrere alla migliore attuazione degli obiettivi prefissati;
  - g) verificare, con cadenza almeno semestrale, che l'attività svolta dal Comitato direttivo sia coerente con le linee guida di cui alla lettera f);
  - h) nominare il Direttore dell'IRF e provvedere alla sua revoca in caso di motivate ragioni.
5. L'Assemblea adotta le linee guida per la redazione dei programmi di attività di cui al comma 4, lettera f) nel rispetto degli indirizzi programmatici della Regione e del programma del Distretto agricolo florovivaistico del Ponente di cui alla legge regionale 30 novembre 2001 n. 42 (istituzione del Distretto agricolo florovivaistico del Ponente) e successive modifiche ed integrazioni, nonché delle esigenze del settore florovivaistico e della ricerca.

## **Articolo 5 (Comitato direttivo)**

1. Il Comitato direttivo è l'organo di governo dell'IRF ed è composto dal Presidente, nominato ai sensi

- dell'articolo 6, dal Vicepresidente e da altri sei membri eletti dall'Assemblea nel suo seno, di cui:
- a) due scelti tra i rappresentanti della Regione;
  - b) uno scelto tra i rappresentanti degli altri Enti pubblici;
  - c) uno scelto tra i rappresentanti delle cooperative e delle associazioni partecipanti di cui all'articolo 2;
  - d) due scelti tra i rappresentanti delle organizzazioni professionali degli imprenditori agricoli.
2. Il Comitato direttivo è eletto dall'Assemblea nella sua prima riunione a maggioranza assoluta dei membri in carica; ciascun membro dell'Assemblea indica sulla propria scheda un solo nominativo per ciascuno dei quattro gruppi di rappresentanza di cui alle lettere a), b) c) e d) del comma 1.
  3. L'Assemblea, a maggioranza assoluta dei suoi membri in carica, può revocare l'intero Comitato direttivo o uno o più dei suoi componenti nei seguenti casi:
    - a) per gravi violazioni di legge, di norme regolamentari o dello Statuto;
    - b) in occasione di persistenti inadempienze relativamente ad atti dovuti;
    - c) per l'adozione di atti che compromettano il buon funzionamento dell'Ente.
  4. La nomina del nuovo Comitato o la surroga dei membri revocati deve essere effettuata nella seduta immediatamente successiva a quella in cui è stato approvato il provvedimento di revoca.
  5. Le deliberazioni del Comitato direttivo sono validamente assunte con la presenza di almeno la metà più uno dei membri assegnati e a maggioranza dei presenti: in caso di parità prevale il voto del Presidente.
  6. Alle riunioni del Comitato direttivo partecipa il Direttore dell'IRF.
  7. Al Comitato direttivo competono:
    - a) la predisposizione dello schema di Statuto da sottoporre all'Assemblea per la sua adozione;
    - b) la predisposizione e l'approvazione del programma annuale e quinquennale di attività sulla base delle linee guida di cui all'articolo 4, commi 4 e 5, anche avvalendosi del supporto di gruppi di lavoro tecnico-scientifici;
    - c) la predisposizione dello schema di bilancio annuale e pluriennale di previsione da sottoporre all'Assemblea;
    - d) la predisposizione dello schema di rendiconto generale da sottoporre all'Assemblea;
    - e) la predisposizione dello schema di pianta organica dell'IRF da sottoporre all'Assemblea;
    - f) l'approvazione dei necessari regolamenti, compresi il regolamento organico del personale, il regolamento di contabilità e il regolamento economale;
    - g) l'individuazione dei criteri di priorità nell'ambito degli interventi da attuare per lo svolgimento del programma annuale di attività;
    - h) la promozione di specifici seminari tematici;
    - i) gli atti di acquisto e di alienazione di beni immobili;
    - l) la realizzazione degli specifici progetti affidati all'IRF dalla Giunta regionale o da altri Enti;
    - m) ogni altra iniziativa non espressamente attribuita ad altri organi dell'IRF dalla presente legge o dallo Statuto.
  8. Il Comitato direttivo determina gli indirizzi programmatici e gestionali e fissa gli obiettivi al Direttore dell'IRF, verificandone l'operato.
  9. Il Comitato direttivo viene convocato su iniziativa del Presidente o su richiesta di almeno un terzo dei suoi membri.

### **Articolo 6 (Presidente)**

1. Il Presidente viene nominato dalla Giunta regionale, scelto tra i membri dell'Assemblea.
2. Il Presidente è sostituito, in caso di assenza, impedimento o cessazione anticipata dalla carica, dal Vicepresidente, eletto dall'Assemblea nella sua prima riunione.
3. Nell'ipotesi di cessazione anticipata dalla carica del Presidente o del Vicepresidente, la Giunta regionale o l'Assemblea dell'IRF, secondo le rispettive competenze, procedono entro trenta giorni alla nuova nomina o elezione.
4. Il Presidente ed il Vicepresidente durano in carica fino alla scadenza dell'Assemblea, salvo l'esercizio della ordinaria amministrazione, in attesa della nomina dei rispettivi sostituti.

**5. Il Presidente:**

- a) rappresenta legalmente l'IRF;
- b) convoca e presiede l'Assemblea ed il Comitato direttivo e stabilisce l'ordine del giorno delle relative sedute;
- c) svolge ogni altra funzione attribuitagli dallo Statuto che non sia riservata ad altri organi dalla presente legge.

**Articolo 7  
(Direttore)**

1. Il Direttore è nominato dall'Assemblea ed è scelto fra coloro che, in possesso dei requisiti per l'accesso alla dirigenza, siano dotati di adeguato livello di esperienza e capacità professionale nel campo della ricerca e della fornitura di servizi in ambito florovivaistico e comunque nel rispetto delle modalità previste dallo Statuto; i motivi della scelta devono essere specificati nella deliberazione di nomina.
2. La figura del Direttore è prevista nella pianta organica dell'IRF e il trattamento giuridico ed economico è equiparato a quello previsto per la dirigenza regionale. Il rapporto di lavoro è a tempo determinato con durata quinquennale, rinnovabile alla scadenza, nonché a tempo pieno ed esclusivo.
3. Il Direttore è la figura apicale dell'IRF e ha la responsabilità organizzativa, gestionale e scientifica riguardo all'attività dell'IRF; svolge, in particolare, le seguenti funzioni:
  - a) Organizza, coordina e vigila le attività delle aree in cui è strutturato l'IRF;
  - b) cura e dà esecuzione alle deliberazioni dell'Assemblea e del Comitato direttivo;
  - c) adotta, nel rispetto degli indirizzi programmatici e gestionali determinati dal Comitato direttivo, tutti gli atti necessari per lo svolgimento delle attività dell'IRF, comprese quelle che impegnano l'IRF medesimo verso l'esterno, esercitando i relativi poteri di spesa;
  - d) partecipa alle riunioni dell'Assemblea e del Comitato direttivo;
  - e) applica, per quanto compatibili con l'organizzazione interna dell'IRF, i principi del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 (norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modifiche ed integrazioni;
  - f) supporta il Collegio dei revisori dei conti per l'esercizio delle attività di controllo e verifica;
  - g) svolge le ulteriori funzioni attribuitegli dallo Statuto;
  - h) prende atto, previo accertamento dei prescritti requisiti e delle formalità necessarie, delle nuove adesioni di cui all'articolo 4, comma 1, lettere b) e c) richiedendo al Presidente della Giunta regionale l'emanazione del relativo provvedimento e ne riferisce al Comitato direttivo nella riunione successiva.
4. In caso di assenza o di impedimento il Direttore è sostituito temporaneamente da un dirigente in servizio presso l'IRF. Nel caso di vacanza definitiva, la nomina del Direttore deve essere effettuata nel termine perentorio di novanta giorni dalla data di vacanza.

**Articolo 8  
(Collegio dei Revisori dei conti)**

1. Al Collegio dei Revisori dei conti si applicano le disposizioni di cui alla legge regionale 28 giugno 1994 n. 28 (disciplina degli enti strumentali della Regione) e successive modifiche e integrazioni.

**Articolo 9  
(Dotazioni organiche)**

1. Le dotazioni organiche necessarie per il funzionamento, distinte per qualifiche funzionali, sono deliberate dall'Assemblea, tenuto conto delle complessive disponibilità finanziarie dell'IRF.
2. Al personale dipendente dell'IRF si applicano le norme sullo stato giuridico e sul trattamento economico del personale regionale.
3. L'IRF può assumere operai agricoli stagionali, nel rispetto delle norme vigenti, per la realizzazione degli interventi relativi alle coltivazioni sperimentali svolte presso le proprie strutture.

4. Il regolamento organico del personale è redatto nel rispetto della vigente normativa sul personale dipendente della Regione con particolare riguardo alla distinzione tra le funzioni di indirizzo politico amministrativo e quelle gestionali e nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 165/2001.

#### **Articolo 10 (Statuto)**

1. Lo Statuto e le sue modifiche sono adottate dall'Assemblea a maggioranza assoluta dei membri in carica e sono approvate dal Consiglio regionale.
2. Lo Statuto prevede:
  - a) le modalità di adesione per gli enti pubblici, le cooperative e le associazioni aderenti, comprese le quote di partecipazione atte ad assicurare alla parte pubblica una partecipazione assembleare maggioritaria;
  - b) le modalità per la scelta del Direttore;
  - c) le modalità di funzionamento dell'IRF, per quanto non previsto dalla presente legge;
  - d) le modalità di funzionamento e le attribuzioni del Collegio dei Revisori dei conti;
  - e) le modalità per l'eventuale liquidazione dell'IRF.

#### **Articolo 11 (Patrimonio e forme di finanziamento dell'IRF)**

1. L'IRF ha in dotazione un proprio patrimonio mobiliare ed immobiliare che può essere incrementato per acquisto, donazione, eredità e legato.
2. Alle spese correnti e di investimento l'IRF provvede in particolare con:
  - a) le specifiche somme stanziare dalla Regione nel proprio bilancio annuale;
  - b) le quote che ciascun ente ed associazione partecipante è tenuto a corrispondere ai sensi dello Statuto di cui all'articolo 10;
  - c) i ricavi derivanti dall'attività dell'IRF;
  - d) le entrate derivanti da rendite, interessi e frutti del proprio patrimonio;
  - e) ogni altra entrata derivante da contributi e trasferimenti da enti pubblici e da privati.
3. L'IRF può disporre di finanziamenti derivanti dall'affidamento allo stesso di progetti finalizzati regionali, nazionali, comunitari o provenienti da Paesi terzi purché coerenti con gli scopi della presente legge.

#### **Articolo 12 (Disposizioni finali)**

1. Per quanto non diversamente disciplinato dalla presente legge all'IRF si applicano le disposizioni previste per gli enti strumentali della Regione.

#### **Articolo 13 (Norma transitoria)**

1. Gli organi dell'IRF in carica alla data di entrata in vigore della presente legge continuano a svolgere le loro funzioni ai sensi della l.r. 6/1986, provvedendo unicamente all'ordinaria amministrazione, fino alla data di insediamento dei nuovi organi.
2. La Regione avvia il procedimento di costituzione dell'Assemblea di cui all'articolo 4, comma 2 entro trenta giorni dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria della presente legge.
3. Il Comitato direttivo di cui all'articolo 5 deve essere eletto entro quarantacinque giorni dalla data di costituzione dell'Assemblea.
4. Lo Statuto ed i regolamenti vigenti, per quanto compatibili, rimangono in vigore fino all'approvazione del nuovo Statuto.
5. Fino alla nomina del Direttore di cui all'articolo 7, le relative funzioni vengono esercitate dal Direttore tecnico dell'Istituto.
6. Sono fatti salvi i rapporti giuridici in corso.

#### **Articolo 14 (Abrogazione di norme)**

1. La legge regionale 2 luglio 1976 n. 22, così come modificata dalla legge regionale 13 marzo 1986 n. 6, è abrogata fatto salvo quanto previsto dall'articolo 13 della presente legge.

#### **Articolo 15 (Norma finanziaria)**

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede:
  - a) mediante le seguenti variazioni nello stato di previsione della spesa del bilancio per l'anno finanziario 2006:
    - prelevamento di euro 10.000,00, in termini di competenza e di cassa, dall'U.P.B. 18.107 "Fondo speciale di parte corrente";
    - aumento dello stanziamento della U.P.B. 13.105 "Spese per l'incremento delle colture" di euro 10.000,00, in termini di competenza e di cassa.
  - b) con gli stanziamenti iscritti nello stato di previsione della spesa del bilancio regionale alla U.P.B. 13.205 "Interventi per l'incremento delle colture".
2. Agli oneri per gli esercizi successivi si provvede con legge di bilancio.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Liguria.

Data a Genova, addì 1 dicembre 2006

IL PRESIDENTE  
Claudio Burlando

---

### **NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE N. 39 DEL 1° DICEMBRE 2006**

*PREMESSA: I testi eventualmente qui pubblicati sono redatti dal Settore Assemblea e Legislativo del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 24 dicembre 2004 n. 32, al fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge citate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi originari.*

#### **1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE**

- a) La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Giancarlo Cassini, ha adottato il disegno di legge con deliberazione n. 34 in data 16 giugno 2006;
- b) il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 20 giugno 2006, dove ha acquisito il numero d'ordine 199;
- c) è stato assegnato alle Commissioni consiliari II e IV, ai sensi dell'articolo 83, primo comma del Regolamento interno e alla II Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 85, comma del Regolamento interno in data 20 giugno 2006;
- d) le Commissioni consiliari II e IV in riunione congiunta si sono espresse favorevolmente all'unanimità, con emendamenti, nella seduta del 16 novembre 2006;
- e) la II Commissione consiliare si è espressa favorevolmente all'unanimità nella seduta del 20 novembre 2006;
- f) è stato esaminato ed approvato all'unanimità dal Consiglio regionale nella seduta 22 novembre 2006;
- g) la legge regionale entra in vigore il 28 dicembre 2006.

#### **2. RELAZIONI AL CONSIGLIO REGIONALE**

*Relazione di maggioranza (Consigliere Giacomo Conti)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*il provvedimento, sottoposto oggi alla valutazione dell'Assemblea regionale, intende dettare una nuova disciplina per l'Istituto Regionale per la Floricoltura al fine di meglio rispondere alle mutate esigenze del settore florovivaistico in un contesto giuridico – amministrativo più adeguato e funzionale.*

*La floricoltura, come noto, rappresenta uno dei settori trainanti dell'economia ligure; e, nel corso degli anni, la Regione Liguria ha visto mutare le sue tipologie di produzione a seguito della competitività straniera, dei problemi fitopatologici e degli elevati costi di produzione. In questo contesto, diventa di fondamentale importanza l'intervento di una struttura regionale che agisca di concerto con le realtà produttive locali e che disponga di un bagaglio di conoscenze che devono essere sviluppate sul territorio. La stretta collaborazione tra il mondo della ricerca, della sperimentazione e quello della produzione che promuove un Ente strumentale regionale porta, infatti, ad ottenere uno scambio di informazioni e di risultati da cui il florovivaismo può trarre vantaggio, nell'ottica di affrontare in una maniera più matura e competitiva il raffronto con produzioni straniere.*

*L'attuale Istituto Regionale per la Floricoltura di Sanremo, ente strumentale della Regione, istituito con la legge regionale n. 22 del 1976, è operativo dal 14 dicembre 1979; le sue finalità possono sintetizzarsi nella realizzazione e sviluppo di ricerche di base ed applicate ad interesse regionale, nella realizzazione e promozione di servizi destinati ai floricoltori liguri e nella realizzazione di attività di formazione rivolte a mondo produttivo floricolo. Alla gestione dell'Istituto hanno partecipato attivamente i rappresentanti del mondo produttivo locale che intervengono sia negli aspetti deliberativi che consultivi dell'Ente, con uno stretto coinvolgimento del mondo professionale del territorio che indica le strategie di ricerca e lo sviluppo di servizi che più prontamente rispondono alla situazione reale e dinamica del comparto floricolo del territorio ligure. In questi anni l'Istituto ha conseguito notevoli risultati a vantaggio dei produttori e ha contribuito attivamente all'economia floricola della Liguria.*

*Tuttavia, proprio per potere svolgere nel modo più incisivo ed efficace possibile la propria missione, l'Ente deve essere ristrutturato e riorganizzato; l'introduzione di una nuova disciplina si rende, dunque, necessaria sia in relazione al differente quadro di riferimento normativo che ha mutato la suddivisione delle competenze legislative in materia tra Stato e Regioni sia, come detto, per adeguare la struttura e l'organizzazione dell'Istituto alle diverse esigenze del settore garantendo maggiore funzionalità e autonomia all'Istituto stesso, consentendogli di rappresentare in modo adeguato le esigenze del mondo floricolo e migliorando la rete dei servizi specialistici.*

*Al fine di renderne più snella la gestione amministrativa, il disegno di legge, sottoposto dalle Commissioni consiliari alla valutazione delle Organizzazioni di settore e dello stesso Istituto e oggetto di alcuni emendamenti in sede di esame di merito per accentuare la natura pubblica dello stesso introduce modifiche all'attuale organizzazione, quali la variazione del numero dei membri dell'Assemblea, l'introduzione della divisione di compiti e funzioni tra gli organi dell'Istituto e la struttura funzionale.*

*L'articolo 1 conferma la natura di ente strumentale dell'Istituto, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia tecnico-scientifica, statutaria, organizzativa, amministrativa e finanziaria che si prefigge lo scopo di favorire lo sviluppo economico e la competitività del sistema delle imprese florovivaistiche liguri, attraverso la promozione, la realizzazione, il coordinamento ed il monitoraggio delle attività di ricerca e sperimentazione, di formazione e di fornitura servizi specialistici di settore, quali fattori determinanti dei processi innovativi e dei trasferimenti di tecnologie al mondo produttivo. L'articolo prevede, altresì, la possibilità che la Regione affidi direttamente all'Istituto la realizzazione di progetti specifici.*

*L'articolo 2 individua i soggetti (enti pubblici, cooperative ed associazioni tra operatori florovivaistici) che possono aderire all'Istituto rimandando allo Statuto la definizione delle modalità della loro partecipazione alla gestione.*

*L'articolo 3 indica gli organi dell'Istituto, e cioè l'Assemblea, il Comitato direttivo, il Presidente e il Collegio dei revisori dei conti, riducendone il numero rispetto agli attuali in quanto la nuova norma non*

*prevede più le Commissioni provinciali e il Comitato tecnico.*

*L'articolo 4 individua la composizione dell'Assemblea e ne riduce il numero introducendo criteri tali da sottolineare la valenza pubblica dell'Istituto; l'Assemblea, costituita con deliberazione della Giunta regionale, dura in carica cinque anni e, in particolare, adotta le linee guida per la redazione dei programmi di attività nel rispetto degli indirizzi programmatici della Regione e del programma del Distretto Agricolo florovivaistico del Ponente.*

*L'articolo 5 disciplina le funzioni del Comitato direttivo, organo di governo dell'Istituto, composto dal Presidente, dal Vicepresidente e da altri sei membri eletti dall'Assemblea nel suo seno.*

*L'articolo 6 specifica che il Presidente dell'Istituto viene nominato dalla Giunta regionale tra i membri dell'Assemblea; egli rappresenta legalmente l'Ente e dura in carica fino alla scadenza dell'Assemblea.*

*L'articolo 7 detta norma riguardanti il Direttore, la cui figura viene prevista nella pianta organica; nominato dall'Assemblea - con un rapporto di lavoro a tempo determinato di durata quinquennale, rinnovabile alla scadenza, nonché a tempo pieno ed esclusivo - ha la responsabilità organizzativa, gestionale e scientifica dell'attività dell'Istituto.*

*L'articolo 8 specifica che al Collegio dei Revisori dei conti si applicano le disposizioni degli enti strumentali della Regione.*

*L'articolo 9 rimette all'Assemblea la definizione delle dotazioni organiche necessarie per il funzionamento, tenuto conto delle complessive disponibilità finanziarie dell'Istituto; al personale dipendente dell'Istituto si applicano le norme sullo stato giuridico e sul trattamento economico del personale regionale.*

*L'articolo 10 stabilisce che lo Statuto e le sue modifiche sono adottate dall'Assemblea a maggioranza assoluta dei membri in carica e sono approvati dal Consiglio regionale; tra l'altro, lo Statuto deve prevedere le modalità di adesione per gli enti pubblici, le cooperative e le associazioni aderenti, comprese le quote di partecipazione, in modo da assicurare alla parte pubblica una partecipazione assembleare maggioritaria, sempre nell'ottica di sottolineare e valorizzare il ruolo di questo settore.*

*L'articolo 11 ribadisce che l'Istituto ha in dotazione un proprio patrimonio mobiliare ed immobiliare che può essere incrementato per acquisto, donazione, eredità e legato ed elenca le possibili fonti finanziarie di entrata dell'Istituto.*

*L'articolo 12 stabilisce che all'Istituto si applicano le disposizioni previste per gli enti strumentali della Regione, per quanto non espressamente previsto dalla nuova legge.*

*L'articolo 13 detta norme transitorie per assicurare la gestione ordinaria da parte degli organi dell'Istituto attualmente in carica fino alla data di insediamento dei nuovi organi indicando, altresì, i termini entro i quali dovranno essere avviate le procedure di costituzione dell'Assemblea e si dovrà procedere all'elezione del Comitato. Lo Statuto ed i regolamenti vigenti, per quanto compatibili, rimangono in vigore fino all'approvazione del nuovo Statuto e, fino alla nomina del Direttore, le relative funzioni vengono esercitate dal Direttore tecnico dell'Istituto.*

*L'articolo 14 prevede l'abrogazione della legge regionale 2 luglio 1976 n. 22 (norme per la costituzione dell'Istituto regionale per la floricoltura) e successive modifiche e integrazioni.*

*L'articolo 15, infine, individua le fonti di finanziamento per l'attuazione della nuova normativa.*

*Al termine di questa relazione, auspico che anche in Consiglio si registri l'unanimità di consenso che ha accompagnato l'approvazione del disegno di legge da parte delle Commissioni II e IV.*



### 3. NOTE AGLI ARTICOLI

*Note all'articolo 1*

- *La legge regionale 2 luglio 1976 n. 22 è pubblicata nel B.U. 14 luglio 1976 n. 28;*
- *La legge regionale 13 marzo 1986 n. 6 è pubblicata nel B.U. 9 aprile 1986 n. 15;*
- *La legge regionale 29 novembre 2004 n. 22 è pubblicata nel B.U. 1° dicembre 2004 n. 11;*

*Nota all'articolo 4*

- *La legge regionale 30 novembre 2001 n. 42 è pubblicata nel B.U. 5 dicembre 2001 n. 12;*

*Nota all'articolo 7*

- *Il decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 è pubblicato nella G.U. 9 maggio 2001 n. 106 S.O.;*

*Nota all'articolo 8*

- *La legge regionale 28 giugno 1994 n. 28 è pubblicata nel B.U. 13 luglio 1994 n. 15.*

### 4. STRUTTURA DI RIFERIMENTO:

*Dipartimento Agricoltura e Protezione Civile – Servizio Servizi alle Imprese Agricole*

---

---

## LEGGE REGIONALE 1 DICEMBRE 2006 N. 40

**Modifiche alla legge regionale 9 settembre 1998 n. 31 (norme in materia di trasporto pubblico locale).**

Il Consiglio regionale ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
promulga

la seguente legge regionale:

#### **Articolo 1 (Modifiche all'articolo 6)**

1. Al comma 1 dell'articolo 6 della legge regionale 9 settembre 1998 n. 31 (norme in materia di trasporto pubblico locale) sono soppresse le parole "dei servizi elicotteristici e dei servizi di cabotaggio".
2. Dopo il comma 2 dell'articolo 6 della legge regionale 31/1998 sono inseriti i seguenti:
  - "2 bis. In conformità a quanto previsto dall'articolo 7 comma 1 del d.lgs. 422/1997 (conferimento alle regioni ed agli enti locali di funzioni e compiti in materia di trasporto pubblico locale, a norma dell'articolo 4, comma 4, della legge 15 marzo 1997 n. 59), la Regione subdelega l'individuazione dei soggetti gestori dei servizi elicotteristici e di cabotaggio rispettivamente alla Provincia nella quale ha sede la base aeroportuale di partenza per i servizi elicotteristici e alla Provincia nella quale ha luogo lo svolgimento del servizio di cabotaggio per i servizi marittimi.
  - 2 ter. In caso di ritardo o di omissione nell'emanazione dei singoli atti, la Giunta regionale, previo invito a provvedere entro congruo termine, si sostituisce all'ente delegato nell'emanazione degli atti stessi.
  - 2 quater. In caso di persistente inattività dell'ente delegato o di ripetuto esercizio del potere sostitutivo la Giunta regionale può disporre la revoca della subdelega."

## **Articolo 2 (Modifiche all'articolo 7)**

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 7 della l.r. 31/1998 sono inseriti i seguenti:

“2 bis. Al fine di perseguire il decongestionamento del traffico cittadino e la riduzione dell'inquinamento atmosferico ed ambientale, opera il “car sharing”, di cui al decreto del Ministro dell'Ambiente del 20 dicembre 2000, quale servizio complementare del trasporto pubblico di linea in cui le autovetture sono destinate ad essere utilizzate da più persone dietro pagamento di una quota proporzionale al tempo d'uso ed ai chilometri percorsi.

2 ter. I Comuni disciplinano le modalità di utilizzo del servizio e possono consentire, per il servizio stesso, l'utilizzo delle corsie preferenziali di marcia.”.

## **Articolo 3 (Modifiche all'articolo 8)**

1. Al comma 2 dell'articolo 8 della l.r. 31/1998 le parole “per un periodo massimo di sette anni dal 1° gennaio 1999” sono sostituite dalle parole “fino al 31 dicembre 2006” e le parole “Gli affidamenti derivanti da procedure non ad evidenza pubblica cessano la loro efficacia al termine del periodo transitorio previsto al presente comma e al comma 2 bis), ferma restando la prorogabilità della loro durata fino all'entrata in vigore dei contratti relativi ai servizi aggiudicati ai sensi dell'articolo 5” sono soppresse.

2. Il comma 2 bis è sostituito dal seguente:

“2 bis. Il termine di cui al comma 2 è prorogato di due anni in favore dei soggetti che entro il 31 dicembre 2006 soddisfino una delle condizioni previste dall'articolo 18, comma 3 ter lettere a) e b) del d.lgs. 422/1997.”.

3. Il comma 7 è sostituito dal seguente:

“7. Nell'attesa dell'approvazione del Piano regionale dei trasporti, dal 1° gennaio 2009 i bacini di traffico del trasporto su gomma sono definiti, in riferimento ai comprensori individuati dalla legge regionale 30 agosto 1974 n. 28 (delega delle funzioni amministrative in materia di autolinee in concessione alle amministrazioni provinciali), fatte salve le normative e le condizioni contrattuali attualmente vigenti per il personale dipendente delle aziende esercenti il trasporto pubblico locale, come segue:

- a) Bacino I: comprensorio F
- b) Bacino S: comprensorio A e S
- c) Bacino GU: Comune di Genova
- d) Bacino L: comprensorio L.

Mentre per quanto riguarda i comprensori G (escluso il Comune di Genova) e T, viene individuato il Bacino TG a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge.”.

## **Articolo 4 (Modifiche all'articolo 9)**

1. All'articolo 9, comma 4, lettera a) della l.r. 31/1998, dopo le parole ‘Polizia municipale’ sono inserite le parole ‘, della Polizia Penitenziaria’.

2. All'articolo 9, dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

“4 bis. La Regione autorizza la libera circolazione sui servizi ferroviari regionali agli Agenti ed Ufficiali di P.S. appartenenti ai corpi della Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Polizia

Penitenziaria, Guardia di Finanza, Corpo Forestale dello Stato ed altre forze di polizia attraverso intese con i rispettivi Comandi, che dovranno essere recepite nei contratti di servizio.”.

**Articolo 5**  
**(Modifiche all'articolo 17)**

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 17 della l.r. 31/1998 è aggiunto il seguente:

“2 bis. La Regione, al fine di fare fronte agli oneri derivanti dalla svalutazione monetaria ed agli ulteriori oneri venuti ad incidere sulla gestione dei servizi, può disporre integrazioni di risorse per gli oneri dei corrispettivi di cui al comma 2.”.

**Articolo 6**  
**(Sostituzione dell'articolo 18 bis)**

1. L'articolo 18 bis della l.r. 31/1998 è sostituito dal seguente:

**“Articolo 18 bis**  
**(Servizio di trasporto ferroviario di cui all'articolo 8 d.lgs. 422/1997. Proroga del periodo transitorio)**

1. Il periodo transitorio di affidamento, da parte della Regione, della gestione dei servizi di trasporto ferroviario di cui all'articolo 8 del d.lgs. 422/1997 e successive modificazioni, è prorogato al 31 dicembre 2006 secondo quanto disposto dall'articolo 18, comma 3 bis del medesimo decreto legislativo.
2. Il termine di cui al comma 1 è prorogato di due anni qualora i soggetti affidatari del servizio, entro il 31 dicembre 2006, assolvano una delle condizioni previste dall'articolo 18, comma 3 ter lettere a) e b) del d.lgs. 422/1997.”.

**Articolo 7**  
**(Sostituzione dell'articolo 19)**

L'articolo 19 della l.r. 31/1998 è sostituito dal seguente:

**“Articolo 19**  
**(Norma finanziaria)**

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con gli stanziamenti iscritti alle Unità Previsionali di Base:
  - 6.101 “Spesa per la gestione del trasporto pubblico locale”;
  - 6.190 “Spese connesse alla mobilità e trasporti”.
2. Agli oneri per gli esercizi successivi si provvede con legge di bilancio.”.

**Articolo 8**  
**(Norma finanziaria)**

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 1 della presente legge si provvede con gli stanziamenti iscritti alla Unità Previsionale di Base 18.103 “Spesa per le deleghe a Enti locali”.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Liguria.

Data a Genova, addì 1 dicembre 2006

IL PRESIDENTE  
Claudio Burlando

---

---

## NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE N. 40 DEL 1° DICEMBRE 2006

*PREMESSA: I testi eventualmente qui pubblicati sono redatti dal Settore Assemblea e Legislativo del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 24 dicembre 2004 n. 32, al fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge citate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi originari.*

### 1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE

- a) La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Luigi Merlo, ha adottato il disegno di legge con deliberazione n. 48 in data 29 settembre 2006;*
- b) il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 4 ottobre 2006, dove ha acquisito il numero d'ordine 226;*
- c) è stato assegnato alla IV Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 83, primo comma del Regolamento interno del Consiglio e alla II Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 85, primo comma del Regolamento interno del Consiglio in data 5 ottobre 2006;*
- d) la IV Commissione consiliare si è espressa favorevolmente a maggioranza, con emendamenti, nella seduta del 17 novembre 2006;*
- e) la II Commissione consiliare si è espressa favorevolmente a maggioranza, con emendamenti, nella seduta del 20 novembre 2006;*
- f) è stato esaminato ed approvato all'unanimità dal Consiglio regionale nella seduta 23 novembre 2006;*
- g) la legge regionale entra in vigore il 28 dicembre 2006.*

### 2. RELAZIONI AL CONSIGLIO

*Relazione di maggioranza (Consigliere Ezio Chiesa)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*Con il presente disegno di legge si dispone la modifica di alcune disposizioni in materia di trasporto pubblico locale contenute nella legge regionale 9 settembre 1998 n. 31.*

*Tali modifiche, principalmente volte alla razionalizzazione della gestione del trasporto stesso nonché all'incentivazione del riassetto organizzativo delle aziende del settore, operano nell'ottica del miglioramento qualitativo e quantitativo del servizio.*

*In relazione a quanto previsto dal decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422 di conferimento alle Regioni ed agli enti locali di funzioni e compiti in materia di trasporto pubblico locale, è stata prevista la sub-delega alle Province della competenza ad individuare i soggetti gestori dei servizi elicotteristici e dei servizi di cabotaggio.*

*Al fine di perseguire l'obiettivo del decongestionamento del traffico cittadino e, quindi, ridurre l'inquinamento ambientale, è stato riconosciuto il servizio di car-sharing quale servizio complementare del trasporto di linea.*

*Inoltre, con la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) è stato modificato il comma 3 bis dell'articolo 18 del d.lgs. 422/97 nel senso di prorogare la durata del periodo transitorio per gli affidamenti derivanti da procedure non ad evidenza pubblica al 31/12/2006; è stato, poi, aggiunto, tra gli altri, il comma 3 ter che consente alle Regioni la facoltà di disporre un ulteriore slittamento di due anni qualora le aziende di trasporto soddisfino una delle condizioni previste dalle lettere a) e b) del medesimo comma.*

*Conseguentemente, al fine di una migliore riorganizzazione dei servizi di trasporto, nell'attesa dell'approvazione del Piano regionale dei trasporti e fatte salve le normative e le condizioni contrattuali attualmen-*

*te vigenti per il personale dipendente delle aziende esercenti il trasporto pubblico locale, è stata prevista l'unificazione dei bacini di traffico contigui, con riferimento ai comprensori individuati dalla legge regionale 30 agosto 1974, n. 28.*

*La possibilità della proroga del periodo transitorio, ovviamente, è stata estesa anche ai servizi di trasporto ferroviario di cui all'articolo 8 del d.lgs. 422/97.*

*Per motivi di parità di trattamento, infine, è stata estesa la libera circolazione, in riferimento agli obblighi di servizio di cui all'articolo 17 del citato d.lgs. 422/1997, anche agli operatori in servizio della Polizia Penitenziaria, mentre per tutti gli altri corpi di polizia è stata prevista la libera circolazione sui servizi ferroviari attraverso intese con i rispettivi Comandi, che dovranno essere recepite nei contratti di servizio.*

*Per i motivi in precedenza delineati si auspica, pertanto, che la presente proposta di legge possa essere suffragata da unanimi consensi.*

### Relazione di minoranza (Consigliere Gabriele Saldo)

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*il DDL in esame prevede la modifica della legge regionale n. 31/1998 in materia di trasporto pubblico locale. Con tali modifiche si intende razionalizzare la gestione del trasporto stesso ed incentivare la riorganizzazione delle aziende del settore, migliorando il servizio dal punto di vista quantitativo e qualitativo.*

*Ai sensi del D.Lgs 422/97, che conferisce a Regioni ed enti locali funzioni in materia di trasporto pubblico locale, si prevede che le Province vengano sub-delegate all'individuazione dei soggetti gestori dei servizi elicotteristici e di cabotaggio.*

*Inoltre, viene introdotto il principio del car-sharing quale servizio complementare al trasporto pubblico di linea, allo scopo di decongestionare il traffico urbano e ridurre l'inquinamento*

*Ancora, in attuazione di quanto disposto dalla Finanziaria 2006, viene prorogata al 31/12/2006 la durata del periodo transitorio previsto per gli affidamenti derivanti da procedure non ad evidenza pubblica e si attribuisce alle Regioni la facoltà di disporre un ulteriore slittamento di due anni nel caso in cui le aziende di trasporto non si conformino a quanto previsto dall'art. 18 del D.Lgs 422/97.*

*È prevista l'unificazione dei bacini di traffico contigui riferiti alle aree individuate con L.R. 28/74.*

*Infine, è estesa la libera circolazione, in riferimento agli obblighi di servizio contemplati dall'art. 17 del citato D.Lgs, anche agli operatori della Polizia Penitenziaria in servizio.*

### 3. NOTE AGLI ARTICOLI

*Nota all'articolo 1*

- *La legge regionale 9 settembre 1998 n. 31 è pubblicata nel B.U. 23 settembre 1998 n. 12;*
- *Il decreto legislativo 19 novembre 1997 n. 422 è pubblicata nella G.U. 10 dicembre 1997 n. 287;*
- *La legge 15 marzo 1997 n. 59 è pubblicata nella G.U. 17 marzo 1997 n. 63 S.O.*

*Nota all'articolo 2*

- *Il decreto ministeriale 20 dicembre 2000 è pubblicato nella G.U. 5 aprile 2001 n. 80;*

*Nota all'articolo 3*

- *La legge regionale 30 agosto 1974 n. 28 è pubblicata nel B.U. 4 settembre 1974 n. 35.*

### 4. STRUTTURA DI RIFERIMENTO:

*Dipartimento Ambiente - Settore Staff del Dipartimento Ambiente e Affari Giuridici*

## LEGGE REGIONALE 7 DICEMBRE 2006 N. 41

### Riordino del Servizio Sanitario Regionale.

Il Consiglio regionale ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

promulga

la seguente legge regionale:

#### TITOLO I

#### PRINCIPI GENERALI E FINALITÀ

##### Articolo 1 (Oggetto e finalità)

1. La presente legge disciplina il riordino del Servizio Sanitario Regionale costituito dalle attività, funzioni e strutture che, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, con i principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421) e successive modificazioni e integrazioni ed in attuazione dell'articolo 2 dello Statuto della Regione Liguria, sono volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e della comunità.
2. Il Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con i principi e gli obiettivi della legge 23 dicembre 1978 n. 833 (istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), ed in particolare in attuazione dei principi di solidarietà, sussidiarietà, universalità ed equità, persegue:
  - a) la lettura integrata dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie della comunità ligure;
  - b) la coerenza e l'adeguatezza dell'offerta pubblica e privata con le necessità assistenziali e la compatibilità con le risorse programmate;
  - c) la risposta alle richieste di benessere della comunità e delle persone attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni adeguate alle necessità rilevate o espresse;
  - d) la qualità dell'assistenza, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficienza dei servizi nonché la razionalità e l'economicità nell'impiego delle risorse;
  - e) il coinvolgimento nelle scelte programmatiche dei cittadini, anche fra loro associati, del Terzo Settore, nonché dei soggetti erogatori privati accreditati.

##### Articolo 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: il complesso delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, ospedaliere-universitarie e degli 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);
  - e) altri soggetti erogatori pubblici o equiparati: gli Ospedali Galliera ed Evangelico e altri enti indi-

- cati da disposizioni normative;
- f) soggetti erogatori privati accreditati: i soggetti accreditati ai sensi e con le procedure di cui alla legge regionale 30 luglio 1999 n. 20 (norme in materia di autorizzazione, vigilanza ed accreditamento per i presidi sanitari e socio sanitari, pubblici e privati. Recepimento del d.P.R. 14 gennaio 1997) e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano stipulato convenzioni ai sensi dell'articolo 56;
  - g) area ottimale: la dimensione territoriale individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative di livello interaziendale;
  - 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;
  - 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 le funzioni sociali complesse o di secondo livello e le funzioni sociosanitarie. I confini territoriali del distretto sociosanitario coincidono con i confini del distretto sanitario e della zona sociale;
  - l) distretto sanitario, presidio ospedaliero e area dipartimentale di prevenzione: le articolazioni aziendali su base territoriale con autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, soggette a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale;
  - 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.

## **TITOLO II**

### **GLI ASSETTI ISTITUZIONALI**

#### **CAPO I**

#### **LA REGIONE**

##### **Articolo 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.

##### **Articolo 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.

##### **Articolo 5 (Piano sociosanitario regionale)**

1. Il Consiglio regionale approva il Piano sociosanitario regionale (PSSR), acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria di cui all'articolo 13.
2. Il PSSR è elaborato in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, assicura l'integrazione con il Piano Sociale Integrato Regionale di cui all'articolo 25 della legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) e individua:



- 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 Servizio Sanitario Regionale;
  - 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 Servizio Sanitario Regionale;
  - 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.
3. Il PSSR è composto da stralci funzionali che possono essere approvati separatamente dal Consiglio regionale.
  4. 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 di cui alla legge regionale 5 maggio 1994 n. 24 (sistema di emergenza sanitaria);
    - c) l'individuazione, la missione, il dimensionamento e le funzioni delle Aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri in modo da garantire:
      1. la reciproca complementarietà 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 di cui all'articolo 2;
      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.
    5. Annualmente la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di attuazione del Piano sociosanitario regionale e sull'andamento della spesa sociosanitaria.

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 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, dai Direttori generali delle Aziende sanitarie e dei soggetti erogatori pubblici o equiparati facenti parte dell'area, dal Direttore generale dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Martino.
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.
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 secondo quanto previsto all'articolo 9, comma 4, lettera e).

#### **Articolo 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 di cui all'articolo 9.
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.

#### **Articolo 9 (Funzioni di controllo)**

1. La Regione esercita il controllo preventivo sui seguenti atti delle Aziende sanitarie, dell'ospedale Galliera, dell'Agenzia sanitaria regionale di cui all'articolo 62:
  - a) bilancio pluriennale di previsione;
  - b) bilancio preventivo economico annuale,
  - c) bilancio d'esercizio.
2. La Regione esercita il controllo di cui al comma 1 entro quaranta giorni dal ricevimento degli atti. Decorso tale termine senza che la Giunta regionale esprima parere favorevole sul loro ulteriore corso gli atti si intendono annullati. Il termine può essere interrotto per una sola volta, se prima della scadenza la Regione chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'Ente deliberante, che devono pervenire al Dipartimento entro trenta giorni, a pena di decadenza dell'atto.
3. Il direttore generale trasmette, altresì, alla Giunta regionale, entro dieci giorni dall'approvazione:
  - a) gli atti di autonomia aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, se trattasi di Azienda sanitaria locale o di Azienda ospedaliera;
  - b) il regolamento di organizzazione e funzionamento, se trattasi di IRCCS;
  - c) lo Statuto, se trattasi dell'Agenzia sanitaria regionale;
  - 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.
4. 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.
5. 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.

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 12 (Rapporti tra il Servizio Sanitario regionale e l'Università)**

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.
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**

#### **Articolo 13 (Costituzione e composizione)**

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, in particolare, esprime pareri obbligatori su:
  - 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) conferma del direttore generale dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Martino;
  - f) revoca del direttore generale dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Martino ovvero non conferma, ove il contratto sia già scaduto, nel caso di mancata attuazione del piano attuativo annuale.
3. La Conferenza, si articola in tre Conferenze corrispondenti alle aree ottimali di cui all'articolo 7.
4. Le Conferenze d'Area sono così composte:
  - a) l'Assessore regionale alla Salute;
  - b) i Presidenti e i componenti dei comitati di rappresentanza delle Conferenze dei Sindaci delle Aziende sanitarie locali comprese nell'area;
  - c) i direttori generali delle Aziende sanitarie locali comprese nell'area;

- d) i direttori generali delle Aziende ospedaliere e degli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati compresi nell'area;
  - e) il direttore generale dell'Azienda ospedaliera-universitaria San Martino;
  - f) un rappresentante designato dalla Consulta regionale del Terzo Settore per ciascuna area.
5. Le Conferenze di Area esprimono pareri e proposte concernenti l'andamento delle Aziende e l'integrazione ed il coordinamento delle strutture sanitarie; in particolare esprimono pareri sui seguenti atti:
- a) indirizzi emanati dalla Regione per l'elaborazione dei Piani strategici aziendali;
  - b) piani strategici delle Aziende ospedaliere;
  - c) obiettivi, funzioni e criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie ivi compresi i criteri di finanziamento.
6. La Conferenza approva il proprio regolamento di funzionamento sulla base degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale.

### **CAPO III COMUNI**

#### **Articolo 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'ASL e dei Distretti;
  - b) verificano l'andamento dell'attività e i risultati raggiunti dalle Aziende sanitarie locali;
  - c) contribuiscono alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale.

#### **Articolo 15 (Conferenza dei Sindaci)**

1. La Conferenza dei Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, istituita ai sensi dell'articolo 3, comma 14 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e dell'articolo 12 della l.r. 12/2006, esprime i bisogni sociosanitari delle comunità locali e corrisponde alle esigenze sanitarie della popolazione.
2. La presidenza della Conferenza dei Sindaci è attribuita al Sindaco del Comune cui fa capo il Distretto più popoloso. Per lo svolgimento delle funzioni attribuite la Conferenza dei Sindaci nomina un Comitato di rappresentanza composto dal Presidente della Conferenza, che lo presiede, e da altri quattro componenti. La Giunta regionale, sentita la Conferenza di cui all'articolo 13:
- a) emana linee guida per l'adozione del regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci e del Comitato di rappresentanza;
  - b) fissa i criteri per la nomina del Comitato di rappresentanza.
3. Entro novanta giorni dalla propria costituzione ciascuna 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.

#### **Articolo 16 (Funzioni della Conferenza dei Sindaci)**

1. La Conferenza dei Sindaci, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, garantisce la concertazione e la cooperazione tra l'Azienda sanitaria locale e gli enti locali. A tal fine contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle Aziende sanitarie locali e definisce, 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 dell'Azienda sanitaria locale sono approvati previa intesa con la Conferenza dei Sindaci:

- a) piano strategico aziendale;
  - b) bilancio pluriennale di previsione, bilancio di previsione economico annuale, bilancio consuntivo di esercizio;
  - c) piano attuativo annuale.
3. Qualora l'intesa non sia raggiunta entro quarantacinque giorni dalla trasmissione degli schemi di provvedimento alla Conferenza, il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale provvede con provvedimento motivato. La Giunta regionale, acquisite le osservazioni della Conferenza dei Sindaci, conferma o modifica l'atto.
4. La Conferenza dei Sindaci provvede, altresì, a:
- a) esprimere il proprio parere sul PSSR;
  - b) determinare, d'intesa con il direttore generale, l'ambito territoriale dei Distretti sociosanitari sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 2, lettera c);
  - c) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Azienda sanitaria locale, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale;
  - d) esprimere alla Giunta regionale il parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni per la conferma del direttore generale delle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere situate nel proprio territorio, con esclusione dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Martino;
  - e) richiedere alla Giunta regionale, con decisione assunta con una maggioranza che rappresenti il novanta per cento della popolazione ed il novanta per cento dei Comuni rappresentati, la revoca del direttore generale delle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere situate nel proprio territorio, con esclusione dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Martino, ovvero di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto, nel caso di mancata attuazione del Piano attuativo annuale;
  - f) designare un componente del Collegio sindacale delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere situate nel proprio territorio ed analizzare la relazione semestrale sull'andamento dell'attività di tali Aziende trasmessa dal Collegio stesso, come previsto dall'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
  - 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.

#### **CAPO IV AZIENDE SANITARIE LOCALI**

##### **Articolo 17 (Funzioni delle Aziende sanitarie locali)**

1. La Regione attraverso le Aziende sanitarie locali promuove la tutela della salute degli assistiti di cui all'articolo 2.
2. Le Aziende sanitarie locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.
3. In particolare, le Aziende sanitarie locali provvedono a:
  - a) modulare quantità e tipologia di offerta rispetto ai bisogni di salute e alla domanda espressi dalla popolazione;
  - b) erogare direttamente:
    1. prestazioni e servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
    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 e successive modificazioni e integrazioni;
    5. servizi di emergenza sanitaria sul territorio;

- c) stipulare accordi e contratti con i soggetti accreditati pubblici e privati fissando, ai sensi dell'articolo 8 quinquies, comma 2 del d.lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni:
    - 1. obiettivi e programmi;
    - 2. volume delle prestazioni;
    - 3. requisiti del servizio;
    - 4. standard di qualità, corrispettivo e debito informativo;
  - d) integrare la risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali assicurati dai Comuni;
  - e) garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate sia direttamente che indirettamente;
  - f) perseguire economicità ed efficienza produttiva anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite.
4. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta, può costituire nuove Aziende sanitarie locali ovvero sopprimere o modificare le Aziende sanitarie locali esistenti.

### **Articolo 18 (Organi)**

1. Sono organi dell'Azienda sanitaria locale:
- a) Il direttore generale;
  - b) Il Collegio sindacale;
  - c) Il Collegio di direzione.

### **Articolo 19 (Direttore generale)**

1. Il direttore generale è nominato dalla Giunta regionale tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni. Il direttore generale dura in carica tre anni, prorogabili a cinque per una sola volta e l'incarico può essere rinnovato.
2. 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 e successive modificazioni ed integrazioni.
3. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza dell'Azienda sanitaria locale.
4. Il direttore generale nomina:
- a) i membri del Collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, effettuando la prima convocazione del Collegio;
  - b) il direttore amministrativo ed il direttore sanitario nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
  - c) i direttori ed i responsabili delle strutture complesse e conferisce e revoca gli incarichi di responsabilità aziendali, secondo quanto previsto dagli articoli 41 e 48;
5. Il direttore generale approva previo parere obbligatorio del Collegio di direzione:
- a) l'atto di autonomia aziendale e 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'Azienda.
6. Il direttore generale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione nonché della corretta ed economica gestione dell'Azienda.
7. Il direttore generale trasmette alla Regione gli atti di cui al comma 5 e assolve ad ogni altro obbligo informativo definito dalle direttive di cui all'articolo 8.

### **Articolo 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 e successive modificazioni e integrazioni.
2. La qualità di membro del Collegio sindacale è incompatibile con qualunque carica istituzionale elettiva nell'area di riferimento dell'Azienda sanitaria locale. Per le Aziende ospedaliere l'area di riferimento è quella dell'Azienda sanitaria locale in cui sono comprese, fatto salvo l'Azienda Ospedaliera Universitaria di S. Martino il cui territorio di riferimento è quello della Regione.
3. Il presidente del Collegio è eletto nella prima seduta a maggioranza dei componenti.
4. Il Collegio è convocato dal presidente anche su richiesta di un solo componente.
5. Per la validità della seduta è necessaria la presenza della maggioranza dei componenti. Le deliberazioni sono assunte a maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente.
6. Il membro del Collegio sindacale che, senza giustificato motivo, non partecipa a due sedute consecutive del Collegio decade dall'ufficio.
7. Degli atti di ispezione e controllo effettuati dai singoli componenti deve essere data comunicazione al Collegio nella prima seduta utile.
8. Il Collegio tiene il libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, registrando i controlli eseguiti e i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti.

### **Articolo 21 (Collegio di direzione)**

1. In ogni Azienda è costituito il Collegio di direzione con 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 ed 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) propone i programmi di formazione, di ricerca e innovazione che, per quanto riguarda l'Azienda ospedaliera-universitaria S. Martino, sono concordati anche con l'Università;
  - d) indica soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;
  - e) concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
  - f) supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'Azienda;
  - g) effettua le nomine di sua competenza dei componenti delle commissioni di concorso o di selezione del personale, ai sensi della vigente normativa in materia;
  - h) procede alla designazione di un rappresentante in seno al Comitato di indirizzo presso l'Agenzia Sanitaria Regionale.
3. Il direttore generale ha l'obbligo di convocare il Collegio di direzione non meno di quattro volte l'anno e ogni volta 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) i direttori dei Dipartimenti sanitari;
  - e) i dirigenti medici responsabili di presidio ospedaliero;
  - f) i direttori di Distretto;
  - g) il responsabile dell'area infermieristica;
  - h) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
  - i) un responsabile per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999 n. 42 (disposizioni in materia di professioni sanitarie) ad eccezione dell'area infermieristica di cui alla lettera g).
  - j) i responsabili di cui alle lettere h) ed i) sono individuati dal direttore generale con procedure elettive definite dalla Giunta regionale.

5. 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.

**Articolo 22**  
**(Direttore amministrativo e direttore sanitario)**

1. Il direttore generale nomina il direttore amministrativo ed il direttore sanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle proprie funzioni. I requisiti, le incompatibilità 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 e successive modificazioni e integrazioni.
2. Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario cessano dall'incarico al compimento del sessantasettesimo anno di età.
3. Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario durano in carica tre anni, prorogabili a cinque, per una sola volta. L'incarico può essere rinnovato, fatto salvo quanto stabilito al comma 8.
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 e successive modificazioni ed integrazioni.
5. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono preposti, per la parte di rispettiva competenza, alla direzione e all'organizzazione dei servizi dell'Azienda sanitaria locale, garantendo il conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale e aziendale.
6. Il direttore amministrativo sovrintende agli aspetti economici, finanziari e amministrativi aziendali.
7. Il direttore sanitario presiede agli aspetti igienico-sanitari aziendali e alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni rese; in particolare, garantisce l'integrazione dei percorsi assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri e tra l'ospedale e il territorio.
8. Il direttore sanitario e il direttore amministrativo cessano dall'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.
9. In caso d'assenza o impedimento del direttore amministrativo o sanitario le rispettive funzioni sono svolte da un dirigente di unità complessa, rispettivamente amministrativa e sanitaria, designato dal direttore generale.
10. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

**Articolo 23**  
**(Elenco degli aventi titolo alla nomina di direttore generale, amministrativo e sanitario)**

1. Sono istituiti presso la Regione gli elenchi regionali degli aventi titolo alla nomina di direttore generale, amministrativo e sanitario, nell'ambito dei quali sono scelti gli affidatari di tali incarichi.
2. La Regione provvede a verificare il possesso dei requisiti ai fini dell'iscrizione, ad aggiornare ed a pubblicare annualmente gli elenchi e l'indicazione degli incarichi attribuiti.

**Articolo 24**  
**(Consiglio dei sanitari)**

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo delle Aziende sanitarie con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario.
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.



5. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei sanitari tenendo conto delle peculiarità delle Aziende sanitarie locali, ospedaliere e ospedaliere-universitarie.

**Articolo 25**  
**(Atto di autonomia aziendale)**

1. Le Aziende sanitarie locali determinano la loro organizzazione e il loro funzionamento nell'atto di autonomia aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
2. L'atto di autonomia aziendale è adottato dal direttore generale nel rispetto delle previsioni di cui alle leggi nazionali e regionali ed 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) le macro articolazioni aziendali;
  - b) le modalità di funzionamento dei Distretti e dei Dipartimenti;
  - c) le responsabilità, le attribuzioni e i compiti del direttore amministrativo, del direttore sanitario, dei direttori di presidio, di Distretto e di Dipartimento e dei dirigenti delle strutture ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno;
  - d) i criteri e le modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti;
  - e) le modalità e le procedure di contrattazione per le forniture di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria e nazionale.
4. Per la disciplina di determinate materie l'atto di autonomia aziendale può rinviare a specifici regolamenti.

**CAPO V**  
**AZIENDE OSPEDALIERE**

**Articolo 26**  
**(Funzioni delle Aziende ospedaliere)**

1. Le Aziende ospedaliere perseguono la loro missione aziendale definendo la propria organizzazione tenendo conto:
  - a) degli atti di programmazione regionale;
  - b) della necessità di integrazione con le attività delle Aziende sanitarie locali;
  - c) delle funzioni di emergenza e di alta specialità attribuite;
  - d) della complessità della casistica trattata;
  - e) di attività di ricerca e didattica.
2. In particolare le Aziende ospedaliere:
  - 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 anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite.

**Articolo 27**  
**(Azienda S. Martino ed altre Aziende Ospedaliere)**

1. La 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) regola gli assetti istituzionali e organizzativi nonché il funzionamento della Azienda ospedaliera-universitaria "S. Martino".

2. Sono costituite in Azienda ospedaliera: Villa Scassi Ospedale Civile di Genova Sampierdarena ed Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure.
3. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, può costituire nuove Aziende ospedaliere ovvero sopprimere o modificare, a seguito di accorpamenti con altre strutture ospedaliere, le Aziende di cui al comma 2.
4. Le Aziende forniscono prestazioni ed erogano servizi in conformità alla programmazione e agli indirizzi regionali.
5. Le Aziende ospedaliere realizzano, in accordo con le Aziende sanitarie e i soggetti erogatori pubblici o equiparati, 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.

#### **Articolo 28 (Organi)**

1. Sono organi delle Aziende ospedaliere:
  - a) il direttore generale;
  - b) il Collegio sindacale;
  - c) il Collegio di direzione.

#### **Articolo 29 (Norma di rinvio)**

1. Le norme del Capo IV del presente Titolo trovano applicazione, in quanto compatibili, nei confronti delle Aziende ospedaliere.

### **TITOLO III ASSETTI ORGANIZZATIVI**

#### **CAPO I STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 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**

### **Articolo 32 (Articolazione dell'Azienda sanitaria locale e relative funzioni)**

1. L'Azienda sanitaria locale si articola in distretti sanitari, presidi ospedalieri, area dipartimentale di prevenzione e, inoltre, si organizza in Dipartimenti secondo quanto previsto dal Capo V.
2. I distretti sanitari provvedono a:
  - a) valutare bisogni e domande di prestazioni e servizi della popolazione di riferimento;
  - b) assicurare l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali;
  - 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;
  - d) programmare le attività da svolgere sulla base delle risorse attribuite.
3. I presidi ospedalieri, comprendenti una o più strutture ospedaliere, provvedono ad erogare prestazioni di emergenza - urgenza, di ricovero e specialistiche ambulatoriali integrate nella rete dei servizi territoriali in conformità alla programmazione regionale e aziendale.
4. L'area dipartimentale di prevenzione provvede a:
  - a) erogare prestazioni e servizi:
    1. di profilassi e prevenzione;
    2. di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro;
    3. di sanità pubblica e di tutela igienico sanitaria degli alimenti, di igiene veterinaria;
  - b) svolgere attività epidemiologiche e di supporto alle elaborazioni dei piani attuativi locali e dei piani del Distretto sanitario.
5. Le articolazioni territoriali ed organizzative di cui al comma 1 sono dotate di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, soggette a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

## **CAPO III DISTRETTO SANITARIO**

### **Articolo 33 (Distretto sanitario)**

1. I confini territoriali del Distretto sanitario corrispondono ai confini del Distretto sociosanitario, all'interno del quale viene assicurato il coordinamento degli interventi sanitari e sociali, nonché le prestazioni di cui alla l.r. 12/2006.
2. Nel Distretto sanitario:
  - a) si realizza il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dalle farmacie convenzionate con le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del Distretto nonché dagli ambulatori e dalle strutture ospedaliere e territoriali accreditate. Nel Distretto, in applicazione della programmazione regionale e nel rispetto delle linee di indirizzo adottate dalla Giunta regionale, vengono assicurate in particolare:
    1. l'assistenza specialistica ambulatoriale;
    2. le attività ed i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
    3. le attività ed i servizi rivolti a disabili ed anziani;

4. le attività ed i servizi di assistenza domiciliare integrata;
  - b) viene assicurata l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che richiedono unitariamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale;
  - c) trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di salute mentale e, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di prevenzione.
3. La Giunta regionale entro sessanta giorni decorrenti dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce con propria deliberazione l'ambito delle attività attribuite al Distretto sanitario, le modalità di esercizio, le fasi ed i tempi di avvio, anche in modo articolato sul territorio al fine di consentirne lo sviluppo organico e graduale.

#### **Articolo 34 (Direttore di Distretto)**

1. Il direttore del Distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, in possesso dei requisiti per l'accesso alla dirigenza.
2. Il rapporto di lavoro del direttore del Distretto è esclusivo, con limite massimo retributivo pari a quello previsto nell'azienda di riferimento per i dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa e indennità di direzione di Dipartimento.
3. L'incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento delle procedure e nel rispetto dei criteri e requisiti di cui all'articolo 48, per quanto compatibili. L'atto di autonomia aziendale definisce le modalità di adeguamento di tali procedure tenuto conto della specificità dell'incarico.
4. In caso di nomina di soggetti esterni all'organizzazione aziendale il rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato e in tal caso si opera il congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza.
5. 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 e la continuità assistenziale. Il direttore del Distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i Sindaci del Distretto.
6. 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, nominato dal Comitato dei Sindaci di Distretto.
7. 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, 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.
8. Annualmente, il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale e il Comitato dei Sindaci di Distretto 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.

#### **Articolo 35 (Comitato dei Sindaci di Distretto sociosanitario)**

1. I Sindaci dei Comuni compresi nella delimitazione territoriale di ogni Distretto sociosanitario costituiscono il Comitato dei Sindaci del Distretto la cui composizione, i compiti e le modalità di funzionamento sono disciplinati dalla l.r. 12/2006.

#### **Articolo 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 diret-

tore generale dell'Azienda sanitaria locale, previo parere del Comitato 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.

#### **CAPO IV PRESIDI OSPEDALIERI**

##### **Articolo 37 (Presidi e strutture ospedaliere)**

1. Il Presidio ospedaliero è la struttura tecnico funzionale dell'Azienda sanitaria locale che eroga prestazioni di ricovero, ambulatoriali e specialistiche anche all'esterno dello stabilimento ospedaliero.
2. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale 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.
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. Un dirigente medico responsabile di struttura complessa in possesso dei requisiti previsti dai decreti ministeriali vigenti in materia è preposto al presidio ospedaliero.
5. Il dirigente medico ha la responsabilità complessiva della gestione del presidio e svolge, altresì, funzioni di:
  - a) direttore sanitario del presidio in quanto responsabile delle funzioni igienico-organizzative;
  - b) controllo e valutazione dell'attività sanitaria svolta nel presidio anche in termini di accessibilità, qualità e appropriatezza;
  - c) definizione di percorsi assistenziali integrati.
6. Nei presidi derivanti dall'accorpamento di più stabilimenti, il dirigente medico di Presidio ospedaliero coordina la rete ospedaliera.

#### **CAPO V ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE**

##### **Articolo 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.

### **Articolo 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 aggregino 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 gestionali interaziendali.
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).

### **Articolo 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.

### **Articolo 41 (Direttore di Dipartimento)**

1. Ad ogni Dipartimento è preposto un direttore eletto dal Comitato di dipartimento di cui all'articolo 42. Il direttore del Dipartimento deve essere un dirigente con incarico di direzione di una delle strutture complesse del Dipartimento. Nel caso in cui, entro la data di prima convocazione del Collegio di Direzione, il Collegio di Dipartimento non abbia provveduto all'elezione del direttore, questi viene nominato, con atto motivato, dal direttore generale dell'Azienda.
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 oppure su richiesta motivata della maggioranza del Comitato di dipartimento.

3. Il direttore di Dipartimento non può superare i sessantasette anni di età. Tale disposizione si applica anche nei confronti del personale universitario limitatamente all'incarico di cui al presente articolo.
4. Il direttore del Dipartimento ha autonomia decisionale nell'ambito delle linee programmatiche fissate dal direttore generale e di quanto deliberato dal Comitato di Dipartimento ed, in particolare:
  - 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.
5. Il direttore di Dipartimento strutturale provvede, altresì, a:
  - a) negoziare con la direzione generale obiettivi e risorse;
  - 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.

#### **Articolo 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.
  - a) Il Comitato provvede in particolare a:
    - b) definire i percorsi di cura del paziente;
    - c) adottare linee guida, protocolli terapeutici e operativi;
    - d) programmare l'utilizzo delle attrezzature, dei presidi e delle risorse;
    - e) stabilire modelli e criteri per la verifica e la valutazione di audit clinico e di qualità;
    - f) proporre piani di aggiornamento e riqualificazione del personale;
    - g) eleggere il direttore di dipartimento.
2. Il Comitato di Dipartimento definisce le proprie modalità di funzionamento in un apposito regolamento adottato sulla base di uno schema aziendale.

### **CAPO VI**

#### **AREA DIPARTIMENTALE DI PREVENZIONE**

#### **Articolo 43 (Dipartimento di prevenzione)**

1. Il Dipartimento di prevenzione è preposto alla tutela della salute collettiva. In particolare individua e rimuove i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro e persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita.
2. Ogni Azienda sanitaria locale 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.
3. L'articolazione organizzativa del Dipartimento di prevenzione 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.

**Articolo 44**  
**(Direttore di Dipartimento di prevenzione)**

1. Il direttore del Dipartimento di prevenzione è eletto dal Comitato di Dipartimento fra dirigenti con incarico di struttura complessa con competenza nelle discipline di cui all'articolo 43, comma 3. Al direttore di Dipartimento si applicano le disposizioni di cui all'articolo 41, commi 2 e 3. Nel caso in cui, entro la data di prima convocazione del Collegio di Direzione, il Collegio di Dipartimento non abbia provveduto all'elezione del direttore, questi viene nominato, con atto motivato, dal direttore generale dell'Azienda.
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. Nel periodo di svolgimento delle funzioni di direttore la direzione dell'unità operativa di provenienza è assegnata temporaneamente ad altro dirigente della stessa.

**TITOLO IV**

**PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

**Articolo 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.

**Articolo 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.

**Articolo 47**  
**(Formazione)**

1. La Regione, al fine di garantire la valorizzazione delle risorse umane e il progresso della loro qua-



lificazione 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.

#### **Articolo 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.
2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari è effettuata dal direttore generale nel rispetto dei principi generali fissati dall'articolo 15 ter del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, sulla base di una terna di candidati individuata dalla Commissione di selezione di cui al citato articolo 15 ter in base alla procedura di cui al comma 3.
3. La Giunta regionale, con direttiva vincolante, definisce le procedure per l'affidamento degli incarichi di cui al presente articolo in modo da garantire la trasparenza e l'oggettività delle stesse e l'indipendenza della Commissione di selezione, in particolare fissa:
  - a) i criteri per la scelta dei componenti della Commissione di selezione;
  - b) i criteri per la formazione della terna di candidati.
4. L'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo per la durata complessiva dell'incarico costituisce requisito per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione di struttura complessa.
5. Il dirigente di struttura complessa non può superare i sessantasette anni d'età. Tale disposizione si applica anche nei confronti del personale universitario limitatamente all'incarico di cui al presente articolo.
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.

#### **Articolo 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 svolta in ambito extraregionale deve essere ricondotta nell'ambito di accordi fra le Regioni;
    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).

#### **Articolo 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 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.
2. La Giunta regionale definisce annualmente i criteri per la partecipazione ai progetti di cooperazione, le modalità di selezione ed il numero massimo di dipendenti ammessi.
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**

#### **Articolo 51 (Ospedali Galliera ed Evangelico)**

1. L'apporto delle attività dell'Ospedale Galliera di Genova e dell'Ospedale Evangelico Internazionale al Servizio Sanitario Regionale è regolamentato con le modalità di cui all'articolo 4, comma 12 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
2. Le disposizioni previste dalla presente legge e dalle norme regionali per le Aziende ospedaliere si applicano anche all'Ospedale Galliera e all'Ospedale Evangelico Internazionale, in quanto compatibili con il regime giuridico-amministrativo di tali ospedali.
3. La Regione stipula accordi, anche di durata pluriennale, con l'Ospedale Galliera e l'Ospedale Evangelico Internazionale con i quali sono disciplinati i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale.

**Articolo 52**  
**(Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)**

1. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, secondo le disposizioni della l.r. 7/2006, fanno parte integrante del Servizio Sanitario Regionale nel cui ambito svolgono funzioni di alta specializzazione.
2. Gli IRCCS, di cui all'articolo 2 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), applicano le disposizioni della presente legge per le aziende sanitarie in quanto compatibili con il regime giuridico amministrativo di tali enti.

**CAPO II**

**SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI**

**Articolo 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 modulario del Servizio Sanitario Regionale.
2. Al fine di una corretta informazione degli assistiti, le Aziende sanitarie locali curano 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.
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.

**Articolo 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. Le Aziende sanitarie locali esercitano funzioni di controllo e monitoraggio sull'erogazione dell'assistenza farmaceutica.
4. La Giunta regionale definisce forme e modalità per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, anche in forma diretta da parte delle Aziende sanitarie locali, 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.
5. La Giunta regionale definisce il prontuario farmaceutico regionale ed adotta provvedimenti ed iniziative volte al miglioramento della appropriatezza prescrittiva.

**Articolo 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**

**Articolo 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.

**TITOLO VI**

**POLITICHE DI INTEGRAZIONE E INNOVAZIONE**

**Articolo 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.

**Articolo 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.

### **Articolo 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 decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) e dal relativo regolamento regionale;
  - 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.

### **Articolo 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.

### **Articolo 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 far-

- maceutiche, disciplinandone le modalità di svolgimento;  
d) definire le modalità di controllo e verifica.

## **TITOLO VII AGENZIA SANITARIA REGIONALE**

### **Articolo 62 (Istituzione dell'Agazia Sanitaria Regionale)**

1. E' istituita l'Agazia Sanitaria Regionale (ARS), di seguito denominata Agazia, quale ente strumentale della Regione dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, patrimoniale e gestionale, per svolgere attività di supporto e di consulenza tecnica all'organizzazione regionale.
2. In particolare, la Regione si avvale dell'Agazia affinché svolga incarichi di studi, ricerche, istruttorie di progetti e servizi di controllo utili alle strutture regionali per l'esercizio delle funzioni in materia di governo clinico, di valutazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, delle tecnologie sanitarie e del rischio clinico, di prevenzione, di epidemiologia, di accreditamento delle strutture e di ricerca, anche in collaborazione con l'Università di Genova e con altre istituzioni a livello nazionale e internazionale che operano sui temi strategici della ricerca e dell'innovazione.

### **Articolo 63 (Funzioni regionali)**

1. La Giunta regionale svolge nei confronti dell'Agazia le funzioni di indirizzo, di vigilanza e di controllo. A tal fine:
  - a) emana direttive e linee di indirizzo;
  - b) approva i programmi di attività dell'Agazia;
  - c) definisce gli obiettivi, i risultati attesi e il finanziamento;
  - d) approva lo Statuto dell'Agazia;
  - e) approva la dotazione organica;
  - f) controlla, secondo le modalità di cui all'articolo 9, il bilancio pluriennale, il bilancio preventivo economico annuale e il bilancio di esercizio dell'Agazia.

### **Articolo 64 (Organi)**

1. Sono organi dell'Agazia:
  - a) il direttore;
  - b) il Collegio sindacale;
  - c) il Comitato di indirizzo.

### **Articolo 65 (Direttore dell'Agazia)**

1. Il direttore dell'Agazia è nominato dalla Giunta regionale, previa pubblicazione dell'avviso di selezione nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria e nel sito della Regione, fra i candidati che abbiano svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie e siano in possesso dei requisiti professionali e tecnico-scientifici definiti dalla Giunta regionale stessa.
2. Il direttore è il legale rappresentante dell'Agazia, di cui ha la responsabilità amministrativa, patrimoniale, organizzativa e gestionale. E' responsabile della corretta ed economica gestione delle risorse dell'Agazia.

3. Il direttore risponde della sua attività alla Giunta regionale.
4. Al direttore viene corrisposto un trattamento economico determinato dalla Giunta regionale entro i limiti massimi stabiliti per i direttori generali delle Aziende sanitarie.
5. Per tutto quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 19.

#### **Articolo 66 (Revoca del direttore)**

1. La Giunta regionale, previa diffida e acquisite eventuali controdeduzioni, può revocare il direttore nei casi previsti dall'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, per la persistenza di risultati negativi conseguiti nella gestione dell'ente e in caso di mancato conseguimento degli obiettivi assegnati.
2. A seguito della dichiarazione di revoca, il contratto di lavoro del direttore è risolto di diritto.
3. In caso di vacanza dell'ufficio, la nomina del direttore deve essere effettuata nel termine perentorio di quarantacinque giorni.

#### **Articolo 67 (Collegio sindacale)**

1. Il Collegio sindacale:
  - a) verifica l'amministrazione dell'Agenzia sotto il profilo economico;
  - b) redige la relazione al bilancio d'esercizio;
  - c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
  - d) riferisce, almeno semestralmente, alla Giunta regionale, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.
2. Il Collegio sindacale è composto da tre membri effettivi di cui uno con funzioni di Presidente e da due supplenti, nominati dalla Giunta regionale e scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992 n. 88 (attuazione della direttiva CEE n. 253/84 relativa all'abilitazione delle persone incaricate del controllo di legge dei documenti contabili).
3. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni.
4. Ai componenti del Collegio sindacale spetta un'indennità pari a quella prevista dalla normativa regionale in materia di enti strumentali.

#### **Articolo 68 (Comitato di indirizzo)**

1. Il Comitato di indirizzo supporta il direttore dell'Agenzia in relazione alla programmazione delle attività, propone indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico ed esprime pareri e proposte di contenuto tecnico sanitario.
2. Il Comitato di indirizzo è composto da:
  - a) il direttore dell'Agenzia che lo presiede e lo nomina;
  - b) due componenti scelti dal direttore dell'Agenzia fra gli incaricati di cui all'articolo 71 comma 3;
  - c) un componente per ognuno dei Collegi di direzione delle Aziende sanitarie;
  - d) cinque clinici.
3. I componenti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 sono designati dalla Giunta regionale in modo da garantire la multidisciplinarietà dell'organo.
4. I componenti del Comitato operano a titolo gratuito.

#### **Articolo 69 (Statuto e regolamenti dell'Agenzia)**

1. L'Agenzia si dota di un proprio statuto e di regolamenti per disciplinare la propria organizzazione, il funzionamento e la tenuta delle scritture contabili.

**Articolo 70**  
**(Fonti di finanziamento dell'Agenzia e gestione contabile e patrimoniale)**

1. L'Agenzia si avvale dei seguenti mezzi finanziari:
  - a) una quota degli accantonamenti definiti ai sensi dell'articolo 6 comma 1, lettera c) 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);
  - b) fondi di ricerca, contributi e trasferimenti di enti pubblici e privati;
  - c) ricavi e proventi per servizi resi a pubbliche amministrazioni o privati.
2. Nell'ambito del finanziamento attribuito, la Giunta regionale può affidare all'Agenzia ulteriori incarichi, non previsti nei programmi di attività di cui all'articolo 63, comma 1, lettera b).
3. Per la gestione patrimoniale e contabile l'Agenzia applica, in quanto compatibili, le norme in materia di patrimonio, contabilità e attività contrattuale in vigore per le Aziende sanitarie.
4. L'Agenzia è tenuta a rispettare il pareggio di bilancio.

**Articolo 71**  
**(Personale)**

1. L'Agenzia si avvale di personale dipendente e di personale assunto con contratto di diritto privato. Il direttore, con l'adozione degli atti di cui all'articolo 69, definisce la dotazione organica dell'Agenzia, nel limite complessivo massimo del due per cento della dotazione organica della Regione, nonché le modalità e criteri per l'utilizzo del personale a contratto.
2. Al personale dipendente dell'Agenzia si applicano i contratti del comparto del personale del Servizio Sanitario Regionale.
3. Il direttore dell'Agenzia può conferire incarichi e stipulare contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo secondo la normativa vigente.
4. Non può essere assunto con contratto a tempo determinato personale da destinare allo svolgimento delle mansioni amministrative non dirigenziali.
5. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 3, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza retribuzione e con diritto al mantenimento del posto.
6. Per lo svolgimento delle proprie attività l'Agenzia può avvalersi dell'Università, di istituzioni scientifiche, di società e di singoli professionisti mediante contratti di consulenza.
7. Il direttore può attribuire borse di studio e ricerca per l'attuazione di programmi e progetti di ricerca nei settori di attività dell'Agenzia. I regolamenti dell'Agenzia definiscono le modalità di assegnazione, di selezione dei candidati e la durata delle borse di studio e ricerca.
8. Il direttore può stipulare convenzioni con Aziende sanitarie per la gestione del personale e dei servizi dell'Agenzia.

**TITOLO VIII**

**PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI**

**CAPO I**

**TUTELA ED EDUCAZIONE**

**Articolo 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.

#### **Articolo 73**

##### **(Educazione alla salute e ai corretti stili di vita)**

1. La Regione, anche in collaborazione con le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere, 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:
  - 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**

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 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.

**Articolo 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**

**Articolo 77**  
**(Comitato etico regionale)**

1. E' istituito il Comitato etico regionale quale organismo indipendente volto a garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere degli assistiti inseriti nei programmi di sperimentazioni cliniche dei medicinali svolti nelle strutture del sistema sanitario regionale.
2. Il Comitato etico regionale svolge i compiti ed opera in attuazione delle disposizioni del decreto del Ministro della salute del 12 maggio 2006 (requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali). Il Comitato in particolare:
  - a) valuta i programmi di sperimentazione scientifica e clinica terapeutica avviati nelle strutture del sistema sanitario regionale;
  - b) esprime pareri in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche ed assistenziali svolte all'interno delle strutture del sistema sanitario regionale;
  - c) propone iniziative di formazione di operatori sanitari in materia di bioetica.
3. Il Comitato è nominato dalla Giunta regionale ed è così composto:
  - a) due clinici;
  - b) un medico di medicina generale territoriale;
  - c) un pediatra di libera scelta;
  - d) un biostatistico;
  - e) un farmacologo;
  - f) un farmacista del Servizio Sanitario Regionale;
  - g) un dirigente appartenente all'assessorato alla sanità regionale;
  - h) un esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale;
  - i) un esperto di bioetica;
  - j) un rappresentante del settore infermieristico e un rappresentante delle altre professioni tecnico-sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000 n. 251 (disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica);
  - k) un rappresentante del volontariato per l'assistenza;
  - l) un rappresentante dell'associazionismo di tutela dei pazienti.
4. L'Ufficio di segreteria tecnico-scientifica del Comitato è svolto dal personale dell'Agenzia sanitaria regionale.
5. Ai componenti del Comitato etico si applica la legge regionale 4 giugno 1996 n. 25 (nuova disciplina dei compensi ai componenti di collegi, commissioni e comitati operanti presso la Regione) e successive modificazioni e integrazioni ed è corrisposto il compenso previsto nella tabella C della stessa.
6. La Giunta regionale definisce la tariffa a carico del promotore della sperimentazione per l'assolvimento dei compiti demandati al Comitato. La tariffa viene determinata in misura tale da garantire la completa copertura delle spese connesse ai compensi dei componenti del Comitato, nonché gli oneri relativi all'Ufficio di segreteria di cui al comma 4.

7. Il Comitato regionale può articolarsi in sezioni distinte per competenza territoriale, patologia o condizione degli assistiti. La Giunta regionale definisce numero e competenza delle sezioni che sono composte dalla stessa tipologia di componenti della sezione principale. Le sezioni svolgono le stesse funzioni della sezione principale in relazione all'area di competenza attribuita ed operano sulla base dei criteri e delle metodologie approvate dalla sezione principale.
8. Per tutto quanto non disposto dalla presente legge trovano applicazione le disposizioni di cui al decreto del Ministro della salute del 12 maggio 2006.

## **TITOLO IX**

### **DISPOSIZIONI FINANZIARIE**

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 79 (Norma finanziaria)**

1. Agli oneri derivanti dalla presente legge si provvede con gli stanziamenti iscritti nell'Area IX Sanità nello stato di previsione della spesa del bilancio regionale.
2. Agli oneri derivanti dall'articolo 77 si provvede con gli stanziamenti di cui alla UPB 18.102 "Spese di funzionamento".

## **TITOLO X**

### **DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE**

#### **Articolo 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.

#### **Articolo 81 (Attribuzione di funzioni sanzionatorie in materia di tutela delle acque destinate al consumo umano e di prevenzione e sicurezza sul lavoro)**

1. Sono attribuite alle Aziende sanitarie locali competenti per territorio le funzioni amministrative concernenti l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie, di cui alla legge regionale 2 dicembre 1982 n. 45 (norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di competenza della Regione o di enti da essa individuati, delegati o subdelegati), irrogabili in materia di:
  - 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.
2. Le Aziende sanitarie esercitano 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.

### **Articolo 82 (Modificazioni alla l.r. 1/2005)**

1. All'articolo 4, comma 1, della l.r. 1/2005 dopo la lettera c) è inserita la seguente lettera:  
"c bis) il Collegio di direzione."
2. All'articolo 5, comma 4 dopo le parole "Sono membri di diritto del Collegio " sono aggiunte le seguenti: "il direttore generale che lo presiede,".
3. All'articolo 8, è aggiunto, in fine, il seguente comma:  
"1bis. La Regione e l'Università stipulano specifiche intese volte a consentire che i laureati in medicina e chirurgia, in possesso di diploma di specializzazione e titolari di un dottorato o assegno di ricerca ovvero della qualifica di professore a contratto, possano esercitare in piena autonomia l'attività assistenziale necessaria per la conduzione del progetto di ricerca; tale attività deve essere periodicamente monitorata e condivisa dal responsabile dell'unità operativa di appartenenza."

### **Articolo 83 (Modifiche alla l.r. 20/1999)**

1. L'articolo 13 della legge regionale 30 luglio 1999 n. 20 (norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati. Recepimento del d.P.R. 14 gennaio 1997) è così sostituito:

### **"Articolo 13 (Commissione tecnica per la verifica dei requisiti di accreditamento)**

1. E' istituita la Commissione tecnica per la verifica dei requisiti di accreditamento con il compito di provvedere ad accertare il possesso e la permanenza dei requisiti da parte dei presidi e dei soggetti che richiedono l'accreditamento istituzionale.
2. La Commissione tecnica è composta da:
  - a) cinque esperti di comprovata esperienza nei settori dell'organizzazione, gestione, valutazione dei servizi, ricerca sanitaria, valutazione della qualità, organizzazione sociosanitaria e dei servizi sociali e resta in carica tre anni;
  - b) da quattro a otto esperti che, di volta in volta, per la valutazione degli aspetti specifici correlati alle diverse funzioni e tipologie dei presidi da accreditare secondo la classificazione di cui all'articolo 2, integrano gli esperti di cui alla lettera a).
3. Gli esperti di cui al comma 2 lettera a) sono nominati dalla Giunta regionale e scelti tra esperti aventi titolo allo svolgimento dell'incarico. A tal fine, attraverso idonee forme di pubblicità, la Giunta regionale invita ogni triennio a presentare apposite candidature. Ogni candidato deve possedere una competenza riconosciuta in una o più materie tra quelle indicate al comma 2 lettera a).
4. I rapporti contrattuali con gli esperti di cui al comma 2 lettera a) sono disciplinati ai sensi della normativa vigente in materia di affidamento di incarichi professionali, e la retribuzione è definita sulla base delle tariffe in vigore in ambito nazionale e dell'Unione Europea.
5. La Giunta regionale nomina gli esperti di cui al comma 2 lettera b); a tal fine si avvale delle designazioni degli organismi accreditati secondo le indicazioni della normativa a livello nazionale.

A tali esperti si applica quanto disposto dalla l.r. 25/1996 ed è corrisposto il compenso previsto nella tabella C allegata alla legge stessa, oltre al rimborso delle spese di viaggio e soggiorno in base alle disposizioni vigenti.

6. Per la verifica dei requisiti di accreditamento la Commissione si avvale di tecnici delle Aziende sanitarie e dell'ARPAL e dei Comuni in possesso di esperienza professionale adeguata nelle procedure per la valutazione ed il miglioramento della qualità delle strutture da accreditare. Ai valutatori è corrisposto un compenso, comprensivo dei rimborsi delle spese necessarie per l'espletamento dei sopralluoghi da svolgere.
7. Le spese per l'istruttoria tecnica e quelle relative ai rilievi, agli accertamenti, ai controlli ed ai sopralluoghi necessari per il rilascio o il rinnovo del certificato di accreditamento sono a carico del richiedente.
8. La Giunta regionale definisce, sentita la Commissione:
  - a) il numero e requisiti dei verificatori, nonché le modalità di formazione degli stessi;
  - b) le convenzioni con le Aziende sanitarie, l'ARPAL ed i Comuni concernenti l'impiego del personale in qualità di verificatore;
  - c) le modalità per la costruzione ed il funzionamento di apposito elenco di tecnici verificatori;
  - d) i criteri, l'entità e le modalità di versamento alla Regione dell'onere posto a carico dei soggetti che intendano accreditare o intendano rinnovare l'accreditamento di una struttura, in relazione alla tipologia e alla complessità della struttura stessa.
9. Il supporto amministrativo alla Commissione di cui al presente articolo è fornito dalle strutture regionali competenti in relazione alle tipologie di servizi e di strutture da accreditare.
10. Per l'organizzazione ed il funzionamento la Commissione tecnica si dota di un proprio Regolamento secondo uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale.”.
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.

#### **Articolo 84 (Modifiche alla l.r.12/2006)**

1. Al comma 1 dell'articolo 11 della l.r.12/2006, le parole da “Il Comitato elegge” a “Conferenze di Ambito” sono sostituite dalle seguenti: “Il Presidente del Comitato, eletto con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei Sindaci dei Comuni che compongono il Distretto e che rappresentino almeno la metà più uno della popolazione del territorio distrettuale, si avvale di un esecutivo composto dai Presidenti delle Conferenze di Ambito”.
2. Il comma 3 dell'articolo 21 è sostituito dal seguente:

“3. L'azione di controllo e verifica amministrativo-contabile nelle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona è svolta da un Collegio di tre Revisori, nominati ai sensi dello statuto; la Regione designa uno dei componenti. Per le Aziende con un volume di entrata al di sotto di euro 2.500.000,00 è da prevedersi un singolo Revisore designato dalla Regione.”.
3. Gli organi di revisione amministrativo-contabile delle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona di cui all'articolo 21 della l.r. 12/2006, nominati ai sensi della previgente normativa, restano in carica fino alla scadenza naturale, fatta salva la possibilità per le Aziende con un volume di entrata inferiore a euro 2.500.000,00 di nominare un unico revisore con le modalità di cui all'articolo 21, come modificato ai sensi della presente legge.

#### **Articolo 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.

**Articolo 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 novanta 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.
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.

**Articolo 87**  
**(Norma transitoria)**

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale:
  - a) entro sessanta giorni approva la direttiva vincolante di cui all'articolo 8, comma 2;
  - b) entro novanta giorni propone al Consiglio regionale l'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale di cui all'articolo 5;
  - c) entro trenta giorni 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;
  - d) entro novanta giorni approva la direttiva vincolante inerente il Consiglio dei sanitari di cui all'articolo 24;
  - e) entro novanta giorni fissa i principi inerenti l'aggiornamento alle disposizioni della presente legge degli atti di autonomia aziendale di cui all'articolo 25;
  - f) entro centoventi giorni definisce l'ambito delle attività attribuite al Distretto, le modalità di esercizio, fasi e tempi di avvio ai sensi dell'articolo 33, comma 3;
  - g) entro novanta giorni approva le direttive di cui all'articolo 39, comma 5, lettera a) per l'istituzione o la soppressione di dipartimenti di interesse regionale;
  - h) entro centoventi giorni 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);
  - i) entro trenta giorni approva la direttiva vincolante di cui all'articolo 48 comma 3;
  - j) entro un anno 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;
  - k) entro centoventi giorni istituisce la Consulta regionale di cui all'articolo 76 e ne definisce le modalità di funzionamento;
  - l) entro centoventi giorni nomina il Comitato etico, di cui all'articolo 77. A far data dalla nomina cessano di operare i comitati etici costituiti presso le strutture del servizio sanitario regionale.
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 effet-

- tuata 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.

**Articolo 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.

**Articolo 89**  
**(Ospedale Galliera)**

1. Nulla è innovato per quanto concerne la disciplina applicabile all'Ospedale Galliera.

**Articolo 90**  
**(Abrogazione di norme)**

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni regionali:
  - 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.

**Articolo 91**  
**(Dichiarazione d'urgenza)**

1. La presente legge regionale è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Liguria.

Data a Genova, addì 7 dicembre 2006

IL PRESIDENTE  
Claudio Burlando

---

## NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE 7 DICEMBRE 2006 N. 41

*PREMESSA: I testi eventualmente qui pubblicati sono redatti dal Settore Assemblea e Legislativo del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 7 della legge regionale 24 dicembre 2004 n. 32, al fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge citate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi originari.*

### 1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE

- a) La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Claudio Montaldo, ha adottato il disegno di legge con deliberazione n. 24 in data 2 maggio 2006;
- b) il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 5 maggio 2006, dove ha acquisito il numero d'ordine 183;
- c) è stato assegnato alla III Commissione consiliare, ai sensi dell'articolo 83, primo comma e alla II Commissione consiliare, primo comma del Regolamento interno del Consiglio in data 5 maggio 2006;
- d) la III Commissione consiliare si è espressa favorevolmente a maggioranza nella seduta del 13 novembre 2006;
- e) la II Commissione consiliare si è espressa favorevolmente a maggioranza nella seduta del 16 novembre 2006;
- f) è stato esaminato ed approvato a maggioranza dal Consiglio regionale nella seduta 28 novembre 2006;
- g) la legge regionale entra in vigore il 14 dicembre 2006.

### 2. RELAZIONI AL CONSIGLIO

*Relazione di maggioranza (Consigliere Franco Bonello)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*con questo disegno di legge la Regione Liguria intende colmare il vuoto normativo che si è determinato nel corso degli ultimi anni e la conseguente mancanza di un quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale.*

*Infatti, è ormai dal 1994, con l'adozione della legge regionale 42 che definiva l'organizzazione e il funzionamento delle Unità sanitarie locali ai sensi della normativa nazionale di principio di cui al decreto legislativo 502/1992, che la Regione non provvede a disciplinare gli assetti istituzionali, i ruoli e le interazioni con le Aziende sanitarie e gli altri soggetti che operano al suo interno.*

*La suddetta legge regionale è stata successivamente modificata e quasi sostanzialmente abrogata dalla legge regionale 25/2000 che, tramite un procedimento di delegificazione, ha demandato la disciplina del settore all'adozione di atti di programmazione, quali i piani sanitari regionali, che peraltro non hanno affrontato in modo organico tali aspetti, limitandosi ad una mera elencazione delle disposizioni di carattere generale.*

*Partendo da questa situazione è stato avviato un processo che, tenendo in considerazione anche le sopravvenute modifiche al Titolo V della Costituzione, ha consentito di adeguare, tramite l'utilizzo dello strumento legislativo, le esigenze regionali con le normative statali di riferimento, adottando nuove soluzioni organizzative, in sintonia con i modelli sperimentati in altre Regioni italiane.*

*Il disegno di legge di riordino del Servizio sanitario regionale si pone, quindi, quali obiettivi principali:*

- *l'affermazione della centralità del ruolo dell'Ente Regione, che deve riprendere la regia dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario mediante l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo, allo scopo di assumere il proprio ruolo di governance del sistema che, nel complesso, deve fornire risposte alla necessità di tutela della salute della popolazione ligure;*
- *il coinvolgimento dei Comuni nella programmazione delle risorse e nelle attività di verifica e di controllo dei risultati, anche nell'ottica del rispetto del principio di sussidiarietà;*



- la definizione del ruolo e dell'organizzazione del complesso delle Aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere, e degli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati, della loro articolazione interna, al fine di perseguire la qualità delle prestazioni e il riequilibrio tra poteri e funzioni, a livello territoriale ed ospedaliero;
- la definizione dei rapporti e delle competenze tra Dipartimenti e Distretti, riconoscendo il Distretto sanitario quale ambito territoriale in cui si integrano le attività sanitarie con quelle sociali, in armonia con le disposizioni introdotte dalla recente legge regionale 12/2006, recante la promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari;
- la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie, mediche e non, e dell'Università nell'ottica del governo clinico della salute;
- il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo e delle funzioni di volontariato e associazionismo, quale strumenti fondamentali volti a promuovere la partecipazione attiva dei cittadini alle scelte in tema di tutela della salute.

La legge di riordino si prefigge, pertanto, di valorizzare la responsabilità pubblica come garanzia di equo funzionamento del sistema, dotando la Regione e le Aziende di tutti gli strumenti di supporto tecnico e consultivi necessari per lo svolgimento delle proprie funzioni in modo efficace e condiviso, coinvolgendo in modo forte i Comuni, quali diretti rappresentanti delle esigenze e dei diritti delle comunità locali, nelle scelte regionali di pianificazione e nella valutazione dei fabbisogni del territorio.

Infine, la nuova disciplina, a seguito di un'ampia consultazione di tutti i rappresentanti delle categorie interessate, sia a livello di Esecutivo sia a livello di iter istruttorio in sede di Commissione referente, e in accoglimento delle istanze provenienti da coloro che sono impegnati nella gestione della salute, ha evidenziato la carenza nelle strutture regionali di figure tecniche in grado di supportare le scelte programmatiche della Regione. Al riguardo la legge introduce, quale organo consultivo clinico e complementare del Dipartimento regionale, lo strumento dell'Agenzia sanitaria regionale per verificare il funzionamento del governo clinico e assistenziale del sistema sanitario, allo scopo di sviluppare sinergie con enti di formazione e ricerca, fornire le analisi necessarie per valutazioni epidemiologiche e definire lo stato di salute della popolazione.

La scelta della figura dell'Agenzia non comporterà un costo aggiuntivo, come recita il Titolo dedicato, essendo una struttura operativa snella, per il cui funzionamento saranno reperite risorse nell'ambito dell'accantonamento dal fondo sanitario regionale delle quote destinate ad attività di ricerca, convegni e congressi, andando a sostituire costi già presenti.

Infine, la normativa, considerando le rilevanti modifiche introdotte nel sistema sanitario ligure, in particolare nell'organizzazione delle Aziende, prevede un'applicazione graduale, tramite l'approvazione di provvedimenti da parte della Giunta regionale, per consentire uno sviluppo progressivo del sistema.

#### *Relazione di minoranza (Consigliere Nicola Abbundo)*

Con il disegno di legge recante il riordino del servizio sanitario regionale, la Giunta Regionale ha disatteso profondamente l'obiettivo che si era preposta inizialmente di riordinare la Sanità pubblica ligure.

Purtroppo anche in questa occasione assistiamo, da parte di questa Giunta, all'ennesima dimostrazione di politica statalista e accentratrice a scapito delle autonomie delle singole aziende sanitarie .

La Giunta Regionale ha disatteso tutte le richieste provenienti dal mondo sanitario.

Questa Maggioranza di centro-sinistra non ha posto la giusta attenzione al fine della risoluzione delle reali problematiche che affliggono la sanità ligure ed inoltre con l'approvazione di questa legge i medici e gli operatori della sanità in generale saranno ancor più abbandonati, si troveranno senza mezzi e strumenti idonei a soddisfare le esigenze provenienti dal nostro territorio.

*Il disegno di legge esclude ogni forma di collaborazione e cooperazione con le strutture private.*

*Non è possibile, quindi, esprimere il proprio favore ad una legge che non migliora in alcun modo il servizio sanitario ligure anzi lo rende ancor più gravoso in termini economici, complicato e legato a sistemi di potere piuttosto che avvicinarlo alle necessità della cittadinanza ligure.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Gino Garibaldi)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*il DDL 183 ha l'ambizione di porsi come legge innovativa, di "riordino", come appunto si definisce, del Servizio Sanitario Regionale, nel tentativo, a nostro parere non riuscito, di dare un quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale che declini ruoli, responsabilità ed interazioni tra la Regione, le Autonomie locali, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti che operano al suo interno.*

*Un progetto di così ampio respiro è sfociato, tuttavia, in un testo farraginoso e di difficile lettura, in cui si assiste a duplicazioni di cariche ed incarichi, senza un effettivo coinvolgimento dei soggetti preposti alla gestione e all'esercizio delle attività a tutela della salute della popolazione ligure, e in cui, a fronte di definizioni e concetti ambiziosi, manca un contenuto concreto e una visione progettuale realizzabile.*

*Il tutto mediante l'adozione di uno strumento normativo, e questo è forse l'unico merito. Quanto all'adozione di nuove soluzioni organizzative, quali la costituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale –che ci pare francamente inutile, ci si riserva di vederne la concreta attuazione, pur ritenendo che si tratti dell'ennesima moltiplicazione di poltrone e incarichi, tanto cari al centro sinistra.*

*Il disegno di legge in esame si pone, dunque, nel tentativo di normare gli assetti istituzionali ed il funzionamento della sanità ligure, i seguenti obiettivi:*

*A. l'affermazione della centralità del ruolo della Regione che deve riassumere la regia dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario regionale mediante l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo e la dotazione dei necessari strumenti di supporto per svolgere anche il ruolo di capogruppo delle aziende sanitarie.*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- valorizzazione della responsabilità pubblica come garanzia di equo funzionamento del sistema;*
- definizione dell'esercizio da parte della Regione delle funzioni di governo del sistema, di programmazione, indirizzo verifica e controllo;*
- dotazione della Regione degli strumenti di supporto tecnico - agenzia sanitaria regionale e consiglio regionale della sanità – e degli organi consultivi - consulta regionale per la tutela del diritto alla salute - necessari allo svolgimento delle proprie funzioni in modo tecnicamente efficace e condiviso;*
- definizione dell'Agenzia sanitaria Regionale e dei suoi rapporti con il Dipartimento Salute della regione. L'agenzia, in particolare, dovrà:*
  - *assicurare l'elaborazione di studi, di analisi e di proposte volte allo sviluppo di strumenti di verifica della qualità clinica ed assistenziale;*
  - *sviluppare sinergie con gli enti di formazione e di ricerca;*
  - *fornire le analisi necessarie per valutazioni statistiche ed epidemiologiche definendo indicatori dello stato di salute della popolazione.*

*B. il coinvolgimento dei Comuni nella programmazione delle risorse e nelle attività di verifica e di controllo dei risultati;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- coinvolgimento istituzionalizzato dei Comuni, quali rappresentanti diretti delle esigenze e dei diritti delle comunità locali, nelle scelte regionali di pianificazione e nell'attività di valutazione dei direttori generali delle Aziende sanitarie mediante la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;*
- riconoscimento del ruolo forte dei Comuni nella valutazione del fabbisogno e nelle scelte programma-*

tiche attraverso le funzioni attribuite alla Conferenza dei Sindaci delle Aziende sanitarie locali;

- individuazione di questo come il livello in cui il direttore generale dell'Azienda ed i Comuni di riferimento dovranno programmare gli interventi e definire la destinazione delle risorse assegnate.

C. la definizione del ruolo e dell'organizzazione delle Aziende mirata a perseguire la qualità delle prestazioni e dei servizi ed il riequilibrio tra attività territoriali e ospedaliere;

Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:

- regolamentazione degli organismi e delle funzioni delle aziende sanitarie e ospedaliere in un'ottica di trasparenza, equilibrio tra poteri e funzioni;
- centralità della funzione di garanzia rispetto a quella di erogazione;
- definizione dei ruoli e delle funzioni delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero;
- sviluppo coordinato di rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie, evitare doppi e sprechi, utilizzare al meglio le risorse;
- conferma del ruolo dell'Università così come definito dalla L.R. 20 gennaio 2005, n.1;
- centralità dell'esclusività nel rapporto di impiego;
- regolamentazione dell'attività intramoenia.

D. la definizione, in accordo con le disposizioni del DDL "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio sanitari" del ruolo del distretto sanitario;

Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:

- ridisegno dei rapporti e delle competenze fra dipartimenti e distretti;
- definizione del distretto sanitario come un'articolazione organizzativa della ASL, di cui sono implementate le responsabilità gestionali ed è l'ambito territoriale:
  - in cui si integrano le attività sanitarie con quelle sociali,
  - si rilevano, si definiscono ed elaborano i bisogni del territorio di riferimento;
  - si programmano le attività da svolgere sulla base delle risorse attribuite.

E. la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie, nell'ottica del governo clinico, e dell'associazionismo quale strumento fondamentale di partecipazione e controllo.

Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:

- definizione dei rapporti tra funzioni strategico-gestionali e funzioni cliniche mediante la previsione del Collegio di direzione quale organo a supporto del direttore generale;
- valorizzazione del ruolo di professionisti in un'ottica di corresponsabilità del funzionamento del sistema;
- definizione degli strumenti per l'attuazione del governo clinico all'interno delle aziende, dei dipartimenti e dei servizi;
- definizione delle modalità di partecipazione dei professionisti alla programmazione strategica aziendale mediante la regolamentazione del Consiglio dei sanitari;
- la promozione ed il sostegno ad attività continuative di formazione e ricerca.

Se pure alcune delle finalità, il riordino di una materia complessa quale la Sanità in una Regione con un'elevata percentuale di popolazione anziana, possono essere, in linea di principio, condivisibili, tuttavia non se ne condividono le concrete modalità attuative, né le soluzioni adottate.

In particolare, lamentiamo la mancanza di qualunque forma di collaborazione con le strutture private accreditate, la cooperazione con le quali è, invece, assolutamente necessaria ed è il meccanismo che potrebbe risolvere la fuga dei pazienti dalla nostra Regione.

Inoltre, in questo provvedimento viene esautorata la figura professionale del medico, che con la soppressione del Consiglio regionale della sanità viene escluso da qualunque forma di programmazione sanitaria, né gli ordini professionali vengono in alcun modo considerati.

Il disegno di legge in esame, in ultimo, con la giustificazione che le modifiche introdotte con la nuova normativa nel sistema sanitario ligure ed, in particolare, nell'organizzazione delle Aziende sono rilevanti,

assegna, ancora una volta, alla Giunta regionale una funzione accentratrice, demandandole l'approvazione di provvedimenti che, temiamo, saranno adottati in via del tutto discrezionale, come fino ad ora abbiamo visto verificarsi.

Insomma, il nostro giudizio è fortemente negativo, in quanto si tratta di una legge inutile, che penalizza pesantemente la professionalità della classe medica, che non semplifica ma, al contrario, introduce nuovi e ulteriori rigidità e burocratizzazioni.

Sostanzialmente il tentativo di rendere più funzionale e controllato il sistema sanitario ligure, si tradurrà in un boomerang a causa della sovrapposizione di funzioni e dell'aumento del numero di organismi e, comunque, riflette palesemente la mancanza di una linea politica sanitaria dell'attuale Giunta regionale.

#### *Relazione di minoranza (Consigliere Luigi Morgillo)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*il DDL 183, pur presentandosi come legge di cosiddetto "riordino" del Servizio Sanitario Regionale, non raggiunge il suo obiettivo poiché presenta un quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale che non riesce a declinare ruoli, responsabilità ed interazioni tra la Regione, le Autonomie locali, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti che operano al suo interno, ma suscita semplicemente confusione.*

*Questo "ambizioso" progetto è sfociato in un testo complicato ed inutilmente burocratizzato in cui l'unica certezza è la duplicazione di cariche ed incarichi.*

*Particolarmente grave è, inoltre, che la riorganizzazione di un settore così importante per la regione e la cittadinanza ligure sia stata effettuata senza un effettivo coinvolgimento dei soggetti preposti alla gestione e all'esercizio delle attività a tutela della salute della popolazione ligure.*

*Dall'analisi del testo, ricaviamo una sequenza di definizioni e concetti ambiziosi ma vuoti di un contenuto concreto, di una visione progettuale realizzabile, insomma, di una concreta linea politica in materia sanitaria.*

*Ha già provocato il nostro sconcerto, e già nel corso della disamina del procedimento abbiamo espresso il nostro dissenso, l'adozione delle nuove soluzioni organizzative proposte, quali, in particolare, la costituzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Tale organismo ci pare assolutamente inutile e riteniamo che si tratti dell'ennesima moltiplicazione di poltrone e incarichi, che a parole il centro sinistra deplora ma che nei fatti pone in essere abitualmente.*

*Il disegno di legge in esame si pone, dunque, nel tentativo di normare gli assetti istituzionali ed il funzionamento della sanità ligure, i seguenti obiettivi:*

*A. l'affermazione della centralità del ruolo della Regione che deve riassumere la regia dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario regionale mediante l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo e la dotazione dei necessari strumenti di supporto per svolgere anche il ruolo di capogruppo delle aziende sanitarie.*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- valorizzazione della responsabilità pubblica come garanzia di equo funzionamento del sistema;*
- definizione dell'esercizio da parte della Regione delle funzioni di governo del sistema, di programmazione, indirizzo verifica e controllo;*
- dotazione della Regione degli strumenti di supporto tecnico - agenzia sanitaria regionale e consiglio regionale della sanità - e degli organi consultivi - consulta regionale per la tutela del diritto alla salute - necessari allo svolgimento delle proprie funzioni in modo tecnicamente efficace e condiviso;*
- definizione dell'Agenzia sanitaria Regionale e dei suoi rapporti con il Dipartimento Salute della regione. L'agenzia, in particolare, dovrà:*
  - *assicurare l'elaborazione di studi, di analisi e di proposte volte allo sviluppo di strumenti di verifica della qualità clinica ed assistenziale;*
  - *sviluppare sinergie con gli enti di formazione e di ricerca;*
  - *fornire le analisi necessarie per valutazioni statistiche ed epidemiologiche definendo indicatori dello stato di salute della popolazione.*

*B. il coinvolgimento dei Comuni nella programmazione delle risorse e nelle attività di verifica e di controllo dei risultati;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- coinvolgimento istituzionalizzato dei Comuni, quali rappresentanti diretti delle esigenze e dei diritti delle comunità locali, nelle scelte regionali di pianificazione e nell'attività di valutazione dei direttori generali delle Aziende sanitarie mediante la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale;
- riconoscimento del ruolo forte dei Comuni nella valutazione del fabbisogno e nelle scelte programmatiche attraverso le funzioni attribuite alla Conferenza dei Sindaci delle Aziende sanitarie locali;
- individuazione di questo come il livello in cui il direttore generale dell'Azienda ed i Comuni di riferimento dovranno programmare gli interventi e definire la destinazione delle risorse assegnate.

*C. la definizione del ruolo e dell'organizzazione delle Aziende mirata a perseguire la qualità delle prestazioni e dei servizi ed il riequilibrio tra attività territoriali e ospedaliere;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- regolamentazione degli organismi e delle funzioni delle aziende sanitarie e ospedaliere in un'ottica di trasparenza, equilibrio tra poteri e funzioni;
- centralità della funzione di garanzia rispetto a quella di erogazione;
- definizione dei ruoli e delle funzioni delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero;
- sviluppo coordinato di rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie, evitare doppi e sprechi, utilizzare al meglio le risorse;
- conferma del ruolo dell'Università così come definito dalla L.R. 20 gennaio 2005, n.1;
- centralità dell'esclusività nel rapporto di impiego;
- regolamentazione dell'attività intramoenia.

*D. la definizione, in accordo con le disposizioni del DDL "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio sanitari" del ruolo del distretto sanitario;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- ridisegno dei rapporti e delle competenze fra dipartimenti e distretti;
- definizione del distretto sanitario come un'articolazione organizzativa della ASL, di cui sono implementate le responsabilità gestionali ed è l'ambito territoriale:
  - in cui si integrano le attività sanitarie con quelle sociali,
  - si rilevano, si definiscono ed elaborano i bisogni del territorio di riferimento;
  - si programmano le attività da svolgere sulla base delle risorse attribuite.

*E. la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie, nell'ottica del governo clinico, e dell'associazionismo quale strumento fondamentale di partecipazione e controllo.*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- definizione dei rapporti tra funzioni strategico-gestionali e funzioni cliniche mediante la previsione del Collegio di direzione quale organo a supporto del direttore generale;
- valorizzazione del ruolo di professionisti in un'ottica di corresponsabilità del funzionamento del sistema;
- definizione degli strumenti per l'attuazione del governo clinico all'interno delle aziende, dei dipartimenti e dei servizi;
- definizione delle modalità di partecipazione dei professionisti alla programmazione strategica aziendale mediante la regolamentazione del Consiglio dei sanitari;
- la promozione ed il sostegno ad attività continuative di formazione e ricerca.

*Benché alcuni degli obiettivi siano teoricamente condivisibili, riteniamo che le concrete soluzioni proposte in questo disegno di legge non possano portare a risultati tangibili.*

*Preoccupa, inoltre, da un'attenta lettura del disegno di legge in esame, che la Giunta Regionale si sia attribuita una funzione ancora una volta accentratrice, riservandosi la facoltà di approvare in via del tutto discrezionale.*

*Alla luce di quanto esposto, il nostro giudizio non può che essere pesantemente negativo, poiché riteniamo questa una legge inutile che, oltre a penalizzare la professionalità della classe medica, introduce nuovi e ulteriori rigidità e burocratizzazioni.*

*Riteniamo che il tentativo di rendere più efficiente il sistema sanitario ligure, si rivelerà un buco nell'ac-*

*qua causa della sovrapposizione di funzioni e dell'aumento del numero di organismi e, comunque, riflette palesemente la mancanza di una linea politica sanitaria dell'attuale Giunta regionale.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Matteo Rosso)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*Questa legge che avrebbe dovuto avere l'obiettivo di riordinare la Sanità pubblica ligure, attraverso anche la cooperazione con strutture private accreditate è un vero e proprio compromesso con le richieste delle sinistre più estreme.*

*Non si è cercato in alcun modo di ricercare una reale integrazione tra territorio ed ospedale, non è stata posta alcuna attenzione alle richieste provenienti dal mondo sanitario che chiedevano a gran voce un riequilibrio nei rapporti tra le amministrazioni sanitarie ed il personale dipendente delle stesse.*

*Non si è voluto guardare fino in fondo alle reali problematiche che affliggono la sanità ligure ma si è mirato a consolidare sistemi di potere ed a creare nuove poltrone retribuite che complicheranno e rallenteranno ulteriormente la burocrazia del sistema sanitario.*

*E' una legge che non tiene in alcuna considerazione gli Ordini professionali, in particolare l'Ordine dei Medici, che con la soppressione del Consiglio Regionale di Sanità verranno esautorati da ogni forma di programmazione sanitaria.*

*E' stata esclusa ogni forma di collaborazione con le strutture private facendo finta di non vedere che le fughe di pazienti dalla nostra Regione sono dirette prevalentemente a strutture accreditate e convenzionate nelle regioni limitrofe dove lavorano gli stessi medici strutturati ospedali liguri.*

*Ancora con questa legge che ha tolto la possibilità al privato di contribuire all'Educazione Medica Continua (ECM) e questo creerà un inevitabile danno alla formazione medica.*

*Per questi e tanti altri motivi sono fermamente contrario all'approvazione di questa legge.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Matteo Rosso)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*Questa legge che avrebbe dovuto avere l'obiettivo di riordinare la Sanità pubblica ligure, attraverso anche la cooperazione con strutture private accreditate è un vero e proprio compromesso con le richieste delle sinistre più estreme.*

*Non si è cercato in alcun modo di ricercare una reale integrazione tra territorio ed ospedale, non è stata posta alcuna attenzione alle richieste provenienti dal mondo sanitario che chiedevano a gran voce un riequilibrio nei rapporti tra le amministrazioni sanitarie ed il personale dipendente delle stesse.*

*Non si è voluto guardare fino in fondo alle reali problematiche che affliggono la sanità ligure ma si è mirato a consolidare sistemi di potere ed a creare nuove poltrone retribuite che complicheranno e rallenteranno ulteriormente la burocrazia del sistema sanitario.*

*E' una legge che non tiene in alcuna considerazione gli Ordini professionali, in particolare l'Ordine dei Medici, che con la soppressione del Consiglio Regionale di Sanità verranno esautorati da ogni forma di programmazione sanitaria.*

*E' stata esclusa ogni forma di collaborazione con le strutture private facendo finta di non vedere che le fughe di pazienti dalla nostra Regione sono dirette prevalentemente a strutture accreditate e convenzionate nelle regioni limitrofe dove lavorano gli stessi medici strutturati ospedali liguri.*

*Ancora con questa legge che ha tolto la possibilità al privato di contribuire all'Educazione Medica Continua (ECM) e questo creerà un inevitabile danno alla formazione medica.*

*Per questi e tanti altri motivi sono fermamente contrario all'approvazione di questa legge.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Gabriele Saldo)*

*Signor Presidente, Signori Consiglieri,*

*il DDL 183, nonostante si presenti come legge di riordino del Sistema Sanitario Regionale non riesce affatto a raggiungere il suo fine poiché non riesce a declinare ruoli, responsabilità ed interazioni tra Regione, Autonomie locali, Aziende sanitarie e gli altri soggetti operanti al suo interno.*

*Un progetto di così ampie vedute è sfociato in un disegno di legge assolutamente complesso, privo di un contenuto valido e concreto, dove l'unica certezza è la duplicazione di cariche e incarichi.*

*E' grave, soprattutto, che tale riordino sia avvenuto senza il minimo coinvolgimento dei soggetti preposti alla gestione e all'esercizio delle attività a tutela della salute.*

*Il disegno di legge in esame si pone come obiettivi i seguenti punti:*

*A. l'affermazione della centralità del ruolo della Regione che deve riassumere la regia dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario regionale mediante l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo e la dotazione dei necessari strumenti di supporto per svolgere anche il ruolo di capogruppo delle aziende sanitarie.*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- valorizzazione della responsabilità pubblica come garanzia di equo funzionamento del sistema;
- definizione dell'esercizio da parte della Regione delle funzioni di governo del sistema, di programmazione, indirizzo verifica e controllo;
- dotazione della Regione degli strumenti di supporto tecnico - agenzia sanitaria regionale e consiglio regionale della sanità - e degli organi consultivi - consulta regionale per la tutela del diritto alla salute - necessari allo svolgimento delle proprie funzioni in modo tecnicamente efficace e condiviso;
- definizione dell'Agenzia sanitaria Regionale e dei suoi rapporti con il Dipartimento Salute della regione. L'agenzia, in particolare, dovrà:
  - assicurare l'elaborazione di studi, di analisi e di proposte volte allo sviluppo di strumenti di verifica della qualità clinica ed assistenziale;
  - sviluppare sinergie con gli enti di formazione e di ricerca;
  - fornire le analisi necessarie per valutazioni statistiche ed epidemiologiche definendo indicatori dello stato di salute della popolazione.

*B. il coinvolgimento dei Comuni nella programmazione delle risorse e nelle attività di verifica e di controllo dei risultati;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- coinvolgimento istituzionalizzato dei Comuni, quali rappresentanti diretti delle esigenze e dei diritti delle comunità locali, nelle scelte regionali di pianificazione e nell'attività di valutazione dei direttori generali delle Aziende sanitarie mediante la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale;
- riconoscimento del ruolo forte dei Comuni nella valutazione del fabbisogno e nelle scelte programmatiche attraverso le funzioni attribuite alla Conferenza dei Sindaci delle Aziende sanitarie locali;
- individuazione di questo come il livello in cui il direttore generale dell'Azienda ed i Comuni di riferimento dovranno programmare gli interventi e definire la destinazione delle risorse assegnate.

*C. la definizione del ruolo e dell'organizzazione delle Aziende mirata a perseguire la qualità delle prestazioni e dei servizi ed il riequilibrio tra attività territoriali e ospedaliere;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- regolamentazione degli organismi e delle funzioni delle aziende sanitarie e ospedaliere in un'ottica di trasparenza, equilibrio tra poteri e funzioni;
- centralità della funzione di garanzia rispetto a quella di erogazione;
- definizione dei ruoli e delle funzioni delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero;
- sviluppo coordinato di rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie, evitare doppi e sprechi, utilizzare al meglio le risorse;
- conferma del ruolo dell'Università così come definito dalla L.R. 20 gennaio 2005, n.1;
- centralità dell'esclusività nel rapporto di impiego;
- regolamentazione dell'attività intramoenia.

*D. la definizione, in accordo con le disposizioni del DDL "Promozione del sistema integrato dei servizi*

*sociali e socio sanitari” del ruolo del distretto sanitario;*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- ridisegno dei rapporti e delle competenze fra dipartimenti e distretti;*
- definizione del distretto sanitario come un’articolazione organizzativa della ASL, di cui sono implementate le responsabilità gestionali ed è l’ambito territoriale:*
  - *in cui si integrano le attività sanitarie con quelle sociali,*
  - *si rilevano, si definiscono ed elaborano i bisogni del territorio di riferimento;*
  - *si programmano le attività da svolgere sulla base delle risorse attribuite.*

*E. la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie, nell’ottica del governo clinico, e dell’associazionismo quale strumento fondamentale di partecipazione e controllo.*

*Tale obiettivo verrebbe perseguito mediante:*

- definizione dei rapporti tra funzioni strategico-gestionali e funzioni cliniche mediante la previsione del Collegio di direzione quale organo a supporto del direttore generale;*
- valorizzazione del ruolo di professionisti in un’ottica di corresponsabilità del funzionamento del sistema;*
- definizione degli strumenti per l’attuazione del governo clinico all’interno delle aziende, dei dipartimenti e dei servizi;*
- definizione delle modalità di partecipazione dei professionisti alla programmazione strategica aziendale mediante la regolamentazione del Consiglio dei sanitari;*
- la promozione ed il sostegno ad attività continuative di formazione e ricerca.*

*Nonostante alcuni punti siano condivisibili è impossibile pensare che le soluzioni che vengono proposte in questo disegno di legge portino a risultati concreti.*

*E’ molto preoccupante che il disegno di legge in esame assegni, ancora una volta, alla Giunta Regionale una funzione accentratrice demandandole l’approvazione di provvedimenti che saranno adottati assolutamente in modo discrezionale.*

*Pertanto il mio giudizio non può che essere assolutamente negativo perché ritengo questa legge inutile, capace solo di penalizzare pesantemente la classe medica e di complicare ulteriormente, invece che semplificare, introducendo nuove burocratizzazioni.*

*Il tentativo di rendere più efficiente il sistema sanitario ligure, si rivelerà un fallimento a causa della sovrapposizione di funzioni e dell’aumento del numero di organismi e, comunque, riflette palesemente la mancanza di una linea politica sanitaria dell’attuale Giunta regionale.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Vincenzo Plinio)*

*Il DDL n. 183 recante oggetto “Riordino del Servizio Sanitario Regionale” non solo non ci sembra adeguato a garantire, come proclama nei principi ispiratori all’art. 1, la tutela della salute dei cittadini ma anzi, aumentando burocrazie e sprechi di denaro, peggiora i servizi e l’assistenza sanitaria.*

*In un frangente in cui, a causa dello sconsiderato Piano di riorganizzazione ospedaliera, si stanno tagliando e ridimensionando strutture sanitarie e servizi ed in cui, per cattiva gestione, si registrano dilatazioni a dismisura dei tempi di attesa anche per accertamenti diagnostici elementari ed il deficit sanitario sembra ulteriormente lievitare anche per l’incapacità di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, la Giunta Regionale moltiplica burocrazie, consulenze, poltrone, indennità e sprechi del più vario genere.*

*Gli stessi circa 3 miliardi di Euro che la Liguria riceve dal recente riparto nazionale dei Fondi della sanità rischiano, con il varo di provvedimenti del tipo in esame, di risultare inutili ai fini del risanamento di bilancio.*



*Ben lungi dall'innovare, dal razionalizzare e dal migliorare all'interno di un ben definito quadro strategico si procede con la travagliata produzione di una normativa talora addirittura contraddittoria che non è assolutamente in grado di superare le molteplici criticità del sistema sanitario ligure.*

*E' assurdo che la Giunta Regionale, a causa della sua incapacità di fondo ma anche delle divisioni esistenti all'interno della sua maggioranza, proceda in maniera palesemente scoordinata ed episodica varando prima il cosiddetto Piano di riorganizzazione ospedaliera ed ora il cosiddetto Riordino del Servizio Sanitario al di fuori di un documento programmatico fondamentale quale il Piano Sanitario Regionale che avrebbe dovuto venire necessariamente prima e non già dopo i progetti di risistemazione ospedaliera e territoriale.*

*Non ci sembra appropriato il ruolo conferito ai Comuni al fine di un loro utile concorso ad una migliore organizzazione della medicina territoriale così come marginale e non adeguatamente riconosciuta ci sembra la funzione degli Ordini professionali, ed in special modo di quello dei Medici, ai fini delle determinazioni in materia di organizzazione sanitaria per cui lo stesso governo clinico cui si dice di voler tendere con il DDL resta, nei fatti, lettera morta.*

*Fonte di particolari preoccupazioni è l'art. 25 che rende possibile sia la soppressione, con procedure assai semplificate, di Aziende Ospedaliere di particolare valore come quella di "Villa Scassi" di Sampierdarena e quella del "Santa Corona" di Pietra Ligure che la proliferazione di nuove con ulteriori dirigenti ed ulteriori apparati che faranno dilatare a dismisura la già deficitaria spesa sanitaria.*

*Emblematico delle tante criticità e negatività del DDL è l'istituzione di una Agenzia Sanitaria Regionale che va a configurarsi come l'ennesimo carrozzone burocratico-sanitario capace della massima spesa e di nessuna resa e prevalentemente specializzato in lottizzazioni clientelari e nel conferimento di miriadi di consulenze inutili quanto dispendiose.*

*E' scandaloso che si vadano a sperperare oltre 2 milioni di Euro –questi sono gli importi di spesa preventivati per una Agenzia di cui non si riesce a comprendere bene né il ruolo e neppure l'utilità- quando, poi, si privano i pazienti liguri di servizi sanitari di fondamentale utilità.*

*Va, a questo proposito, osservato che forti e motivati sono stati i dubbi e le perplessità nei confronti della istituzione di una siffatta Agenzia da parte di soggetti insospettabili e autorevoli quali il Collegio dei Primari dell'Ospedale San Martino dei Genova e la stessa Segreteria Confederale CGIL-CISL-UIL della Liguria.*

*Assai più opportuno, pertanto, sarebbe rinunciare ad un Ente giudicato alla stregua di un inutile e costoso doppione rispetto ad altre strutture già esistenti all'interno del Dipartimento regionale e finalizzare le relative risorse al miglioramento effettivo delle prestazioni sanitarie a favore dei pazienti liguri.*

## **NOTE AGLI ARTICOLI**

### *Note all'articolo 1*

- Il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 è pubblicato nella G.U. 30 dicembre 1992 n. 305 S.O.;
- La legge 23 ottobre 1992 n. 421 è pubblicata nella G.U. 31 ottobre 1992 n. 257 S.O.;
- La legge 23 dicembre 1978 n. 833 è pubblicata nella G.U. 28 dicembre 1978 n. 360 S.O.;

### *Note all'articolo 2*

- La legge regionale 31 marzo 2006 n. 7 è pubblicata nel B.U. 5 aprile 2006 n. 4;
- La legge regionale 30 luglio 1999 n. 20 è pubblicata nel B.U. 18 agosto 1999 n. 12;
- Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 è pubblicato nella G.U. 20 febbraio 1997 n. 42 S.O.;
- Il decreto del Ministro della Sanità 29 gennaio 1992 è pubblicato nella G.U. 1° febbraio 1992 n. 26;

### *Note all'articolo 5*

- La legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 è pubblicata nel B.U. 31 maggio 2006 n. 8;

- *La legge regionale 5 maggio 1994 n. 24 è pubblicata nel B.U. 25 maggio 1994 n. 12;*

*Note all'articolo 27*

- *La legge regionale 20 gennaio 2005 n. 1 è pubblicata nel B.U. 2 febbraio 2005 n. 1;*
- *Il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 è pubblicato nella G.U. 30 dicembre 1992 n. 305 S.O.;*

*Nota all'articolo 30*

- *La legge regionale 8 febbraio 1995 n. 10 è pubblicata nel B.U. 1° marzo 1995 n. 4;*

*Nota all'articolo 39*

- *La legge 10 agosto 2000 n. 251 è pubblicata nella G.U. 6 settembre 2000 n. 208;*

*Nota all'articolo 44*

- *La legge regionale 4 agosto 2006 n. 20 è pubblicata nel B.U. 9 agosto 2006 n. 12;*

*Nota all'articolo 45*

- *La legge 1° febbraio 2006 n. 43 è pubblicata nella G.U. 17 febbraio 2006 n. 40;*

*Note all'articolo 52*

- *Il decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 è pubblicato nella G.U. 27 ottobre 2003 n. 250;*
- *La legge 16 gennaio 2003 n. 3 è pubblicata nella G.U. 20 gennaio 2003 n. 15 S.O.;*

*Note all'articolo 54*

- *Il decreto legislativo 18 settembre 2001 n. 347 è pubblicato nella G.U. 19 settembre 2001 n. 218 e convertito in legge con modificazioni dall'articolo 1 legge 16 novembre 2001 n. 405 (G.U. 17 novembre 2001 n. 268);*
- *La legge 16 novembre 2001 n. 405 è pubblicata nella G.U. 17 novembre 2001 n. 268;*

*Nota all'articolo 57*

- *La legge 30 dicembre 1991 n. 412 è pubblicata nella G.U. 31 dicembre 1991 n. 305,*

*Nota all'articolo 59*

- *Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 è pubblicato nella G.U. 29 luglio 2003 n. 174 S.O.;*

*Nota all'articolo 67*

- *Il decreto legislativo 27 gennaio 1992 n. 88 è pubblicato nella G.U. 14 febbraio 1992 n. 37 S.O.;*

*Nota all'articolo 70*

- *La legge regionale 8 febbraio 1995 n. 10 è pubblicata nel B.U. 1° marzo 1995 n. 4;*

*Nota all'articolo 75*

- *La legge regionale 28 maggio 1992 n. 15 è pubblicata nel B.U. 10 giugno 1992 n. 10;*

*Note all'articolo 77*

- *Il decreto del Ministro della Salute 12 maggio 2006 è pubblicato nella G.U. 22 agosto 2006 n. 194;*
- *La legge 10 agosto 2000 n. 251 è pubblicata nella G.U. 6 settembre 2000 n. 208;*
- *La legge regionale 4 giugno 1996 n. 25 è pubblicata nel B.U. 19 giugno 1996 n. 13;*

*Note all'articolo 81*

- *La legge regionale 2 dicembre 1982 n. 45 è pubblicata nel B.U. 15 dicembre 1982 n. 50;*
- *Il decreto legislativo 2 febbraio 2001 n. 31 è pubblicato nella G.U. 3 marzo 2001 n. 52 S.O.;*
- *Il decreto legislativo 19 settembre 1994 n. 626 è pubblicato nella G.U. 12 novembre 1994 n. 265 S.O.;*
- *Il decreto legislativo 14 agosto 1996 n. 494 è pubblicato nella G.U. 23 settembre 1996 n. 223 S.O.;*

*Nota all'articolo 83*

- *La legge regionale 30 luglio 1999 n. 20 è pubblicata nel B.U. 18 agosto 1999 n. 12.*

**4. STRUTTURA DI RIFERIMENTO:**

*Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Staff del Dipartimento Salute e Servizi Sociali e Affari Giuridici*