

1. Premesse

Il processo di riforma del Servizio Sanitario Ligure ha in oggi due punti fermi nella l.r. 29/7/2016 n. 17 “Istituzione dell’Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria”, e nella l.r. 18 /11/ 2016, n. 27 “Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e alla Legge Regionale 29 luglio 2016 n. 17 (Istituzione dell’Azienda Ligure Sanitaria) della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria”. La prima ha attribuito all’Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) funzioni di programmazione operativa e di *governance* delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché la responsabilità della gestione sanitaria accentrata (GSA) prevista dal D.Lgs. 23.11.2011 n. 118; la seconda ha rimodulato la *mission* delle ex Aziende Sanitarie Locali prospettando una maggiore integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio-sanitaria.

Due sono i principi fondanti della riforma: a) rispondere alle sempre maggiori necessità di *governance* del sistema, garantendo uniformità di risposte assistenziali a tutti i cittadini liguri; b) rimarcare la necessità di una presa in carico della persona nel suo complesso, rispetto a un’offerta assistenziale spesso frammentata e non definita, in percorsi assistenziali coerenti e appropriati.

D’altro canto, il quadro nazionale a sua volta vede, da un lato, la previsione di strumenti e di indirizzi di razionalizzazione della spesa esplicitati con la fissazione di tetti di sistema e di tetti di spesa per singoli fattori produttivi e, dall’altro, la previsione di adeguare i livelli essenziali di assistenza in relazione all’evoluzione dell’innovazione scientifica e tecnologica.

Sempre a livello nazionale viene, altresì, rimarcata l’attenzione che tutte le amministrazioni pubbliche devono porre in tema di trasparenza e di contrasto ai fenomeni corruttivi.

*** **

Dalla sostanziale modifica del quadro di riferimento istituzionale e normativo, dalla costituzione delle Aziende Socio-sanitarie - chiamate a garantire i nuovi livelli essenziali di assistenza - e, ancora, dalla necessità di perseguire percorsi di efficientamento nell’utilizzo delle risorse dando evidenza pubblica delle modalità del loro impiego, discende, dunque, l’esigenza sia di rideterminare gli assetti organizzativi delle Aziende Socio-sanitarie Liguri e degli altri Istituti ed Enti del Servizio

Sanitario Regionale, sia di delineare indirizzi per l'organizzazione dell'Azienda ligure sanitaria (A.Li.Sa.).

L'obiettivo perseguito è promuovere e favorire omogeneità e standardizzazione della risposta assistenziale sul territorio regionale; presupposto di equità di accesso alle cure ma anche fattore necessario per costituire percorsi assistenziali di continuità territorio-ospedale-territorio e, ancora, elemento imprescindibile per esercitare un'efficace attività di verifica e controllo.

Il presente documento fissa conseguentemente principi, criteri e linee guida per la ridefinizione degli assetti organizzativi delle Aziende, degli Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale delineando, al contempo, un percorso di manutenzione degli stessi.

In buona sostanza, si prefigura un comune schema organizzativo entro il quale le Aziende, gli Istituti ed Enti del S.S.R. dovranno adottare, in relazione ai differenti ambiti di autonomia istituzionale riconosciuti dalla vigente normativa, soluzioni organizzative idonee ed efficienti.

Le Aziende, gli Istituti ed Enti del S.S.R. dovranno, altresì, orientare i propri assetti organizzativi in funzione delle attività d'indirizzo e coordinamento attribuite ad A.Li.Sa. e, in particolare:

- agli indirizzi per lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale di cui alla lett. g), comma 2, art. 2 della l.r. 17/16,
- ai modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali di cui alla lett. h), comma 2, della l.r. 17/16),
- alle politiche delineate da A.Li.SA di cui ai nn. 1,2,3 e 4 della lett. d) dell'art. 3 della l.r. 17/16.

E', infine, opportuno richiamare le previsioni di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n. 739 del 21/6/2013 "Definizione e approvazione del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC), costituito dal prospetto del PAC e dalla relazione di accompagnamento, inerente le Aziende sanitarie, IRCCS, GSA e Consolidato regionale" che delinea il processo volto ad adottare regolamenti contabili e procedure amministrativo-contabili comuni alle Aziende Socio-sanitarie, agli IRCCS, alla GSA e conformi ai criteri e standard fissati dal DM 17/9/2012 "Decreto in materia di certificabilità dei bilanci sanitari".

2. Il contesto normativo nazionale

Gli indirizzi per il funzionamento e l'organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti non possono prescindere dalle profonde innovazioni intervenute nel quadro normativo nazionale, ponendo particolare attenzione alle previsioni volte a perseguire e a determinare standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.

La Regione e le Aziende Socio-sanitarie, gli Istituti ed Enti del S.S.R. sono chiamati a rimodulare i propri assetti organizzativi anche in relazione agli standard previsti dal D.M. 2.4.2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Il D.M. n. 70/2015 ridisegna sia la mappa che l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera italiana; infatti, il regolamento intende garantire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, livelli qualitativi appropriati e sicuri favorendo, al contempo, una significativa riduzione dei costi.

La definizione degli standard dimensionali, l'analisi dei volumi di attività e l'individuazione delle soglie minime di esito rappresentano gli strumenti essenziali per rendere effettiva la valutazione della qualità delle prestazioni garantendo, al contempo, un recupero sostanziale di risorse, il contenimento della spesa e la sostenibilità del sistema sanitario.

Il conseguimento di tali obiettivi necessita della costruzione di un sistema capace di integrare la rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. In altri termini, il regolamento intende rafforzare la missione assistenziale affidata agli ospedali, al fine di rendere possibile a ciascuna componente del Servizio Sanitario Nazionale lo svolgimento del proprio specifico ruolo di presa in carico delle persone assicurando, al contempo, i dovuti livelli di qualità degli interventi.

3. La riforma del servizio sanitario ligure

La Regione Liguria ha approvato un'importante e innovativa riforma del Servizio Sanitario ligure funzionale a garantire la piena sostenibilità del sistema socio sanitario, a fronte di un costante aumento della domanda assistenziale - dovuta all'invecchiamento della popolazione, all'incremento delle patologie croniche e all'innovazione tecnologica - in un contesto generale di contrazione delle risorse.

Il nuovo assetto del sistema sanitario risponde alle sempre maggiori necessità di *governance* proprie di un sistema complesso, di rafforzamento delle attività di coordinamento, monitoraggio e vigilanza. L'obiettivo è quello di incrementare e qualificare i servizi da un lato, prevenendo duplicazioni, sovrapposizioni e ridondanze di offerta e, dall'altro, accentrando le funzioni tecnico-amministrative.

Sono state, pertanto, unificate e centralizzate in unico soggetto - A.Li.Sa., a tal fine costituitoⁱ - funzioni di programmazione e di gestione finanziaria, di controllo anche del tipo "*audit*" e "*financial audit*", di coordinamento e d'indirizzo delle Aziende Socio-sanitarie e degli Istituti ed Enti del Servizio Sanitario regionale, nonché funzioni di gestione e attività tecnico-specialistiche di supporto alle Aziende Socio-sanitarie e agli altri Enti del S.S.R.ⁱⁱ.

Tra i principi che ispirano la riforma, risulta di particolare rilievo il perseguimento dell'evoluzione equilibrata del S.S.R., in sinergia con l'ambito sociosanitario e sociale, in un percorso di valorizzazione delle politiche di integrazione socio-sanitaria, con particolare attenzione alle specifiche esigenze del territorio, incentrato sulla leale collaborazione tra la Regione e gli Enti Locali nonché tutti i soggetti che partecipano allo sviluppo e al miglioramento del sistema sanitario regionaleⁱⁱⁱ.

La l.r. 27/2016 ha concretamente perseguito la realizzazione di tale principio. A tal fine^{iv}:

- le AA.SS.LL., rinominate "Aziende-sociosanitarie liguri", sono state articolate in due aree, l'una "territoriale" e l'altra "ospedaliera", chiamate congiuntamente a realizzare l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio sanitarie;
- nell'area territoriale è stata individuata la sede privilegiata di riferimento e di confronto aziendale con gli Enti locali, anche al fine di superare carenze di coordinamento e integrazione delle attività e delle prestazioni sanitarie con l'offerta assistenziale dei Comuni;

- alle Aziende Socio-sanitarie Liguri sono stati attribuiti compiti puntuali di collaborazione e di raccordo con l'Azienda Ligure Sanitaria nel monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta agli stessi nonché degli accordi contrattuali;
- è stata prevista la figura del Direttore sociosanitario che affianca nella direzione aziendale i direttori sanitario e amministrativo, al fine di superare l'attuale inadeguatezza e frammentazione della risposta socio sanitaria;
- è stata posta in capo alla Giunta regionale l'istituzione di Dipartimenti interaziendali al fine di favorire modalità di integrazione organizzativa e di contenimento dei costi.

4. Principi e criteri del Processo Organizzativo Aziendale (POA)

La riforma del servizio sanitario regionale ha dato attuazione ai principi, alle finalità e agli obiettivi individuati nel Libro Bianco della sanità ligure attribuendo rilevanti funzioni e compiti e, quindi, responsabilità all'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa).

4.1 Principi e criteri

L'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) assume un ruolo strategico rispetto a tre differenti funzioni:

a) governo dell'offerta sanitaria e socio sanitaria, b) garanzia di un'appropriata e adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, c) efficiente utilizzo delle risorse.

Ad A.Li.Sa. è, dunque, richiesto, a partire da un'analisi attenta dei bisogni e della domanda di salute, sia di governare l'offerta pubblica e privata accreditata - attraverso la definizione e la stipula degli accordi contrattuali (art. 3, comma 2, lett. i l.r. 17/16) - sia di elaborare modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari e socio sanitari (art. 2, comma 2, lett. h della l.r. 17/16).

Coerentemente, A.Li.Sa. è, altresì, chiamata a farsi garante di una sanità di eccellenza^v esercitando funzioni (vedi art. 2 e art. 3 della l.r. 17/16) di:

- a) controllo del sistema sanitario regionale anche attraverso modalità e funzioni ispettive e di verifica dell'andamento generale delle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R.,
- b) vigilanza e verifica, anche attraverso gli strumenti organizzativi e di accreditamento, degli erogatori pubblici e privati,
- c) monitoraggio delle prestazioni erogate dal S.S.R. che devono rispondere a elevati criteri di appropriatezza e qualità.

Nella prospettiva di garantire un efficiente ed economico utilizzo delle risorse, infine, da un lato ad A.Li.Sa. sono state attribuite funzioni di indirizzo e coordinamento rispetto a: investimenti, risorse umane e tecnologiche, formazione del personale, sperimentazione di modelli organizzativi innovativi, monitoraggio dei costi standard, gestione dei flussi informativi (art. 3, comma 2, lett. d della l.r. 17/06); dall'altro, sono state accentrate presso di essa le funzioni relative all'acquisto di beni e servizi sanitari (art. 3, comma 2, lett. d, punto 1 e art. 11, comma 16 della l.r. 17/06^{vi}).

Un ulteriore aspetto qualifica e caratterizza la riforma del Servizio Sanitario Regionale: l'attribuzione ad A.Li.Sa. - in relazione e in coerenza alla sua funzione di azienda "capogruppo" - della gestione delle risorse economico-finanziarie come emerge dalla lettura del quarto comma dell'art. 3 della l.r. 17/16^{vii} (vedi anche art. 10 l.r. 17/2016)

Le Aziende socio-sanitarie (AA.SS.LL.), di converso, sono tenute, alla luce dei criteri di seguito esplicitati, a rivedere la propria organizzazione rispetto a una "mission" aziendale incentrata sulla promozione della tutela degli assistiti e sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e socio sanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali.

La novella dell'art. 17 della l.r. 41/06 e la previsione, accanto ai Direttori amministrativo e sanitario, del Direttore sociosanitario, rendono del tutto evidente la necessità di un approccio di cura non più incentrato sull'erogazione di singole prestazioni sanitarie ma attraverso percorsi di cura tali da integrare, trasversalmente, le aree di attività declinate nei livelli di assistenza distrettuale, ospedaliera e di assistenza socio-sanitaria.

La capacità delle AA.SS.LL. di rimodulare i propri assetti organizzativi in relazione alla peculiarità della popolazione ligure - che esprime relevantissimi bisogni di "cronicità" e "fragilità" - potrà essere misurata, in particolare, attraverso: a) le modalità innovative di presa in carico della persona cronica o fragile adottate, b) i modelli organizzativi sviluppati per assicurare l'integrazione e il raccordo delle competenze e professionalità mediche e sanitarie, c) l'utilizzo di tecnologie informatiche.

Il già richiamato art. 17 della l.r. 41/2006, nel declinare le funzioni delle Aziende Socio Sanitarie, prevede un'articolazione delle stesse in due aree: l'"area territoriale" e l'"area ospedaliera".

I commi 4 e ss. dell'articolo delineano le funzioni e la dimensione organizzativa delle due aree. La previsione di un'area territoriale presidiata dal Direttore sociosanitario è funzionale a un riequilibrio, nell'ambito della direzione strategica aziendale, della componente territoriale e alla conseguente attribuzione, in capo a un'unica figura di vertice, della responsabilità dell'organizzazione dei servizi, dell'economicità e dell'efficienza produttiva e, soprattutto, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese nell'area. Queste responsabilità negli assetti organizzativi delle ex AA.SS.LL. erano diluiti e frazionati tra la direzione sanitaria, il dipartimento

di cure primarie (o aggregazioni analoghe) e i direttori di distretto determinando inefficienze e sovrapposizioni organizzative.

Le modifiche apportate all'art. 22 della l.r. 41/2006 dalla l.r. 17/16^{viii} impongono al Direttore sanitario e al Direttore socio-sanitario di operare in sinergia e concorrere congiuntamente all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale e il territorio; la responsabilità ultima di garanzia del coordinamento della gestione delle due aree è posta in capo al Direttore generale, tenuto alla nomina sia del Direttore sanitario sia del Direttore socio-sanitario.

Le leggi di riforma del S.S.R. non hanno inciso negli assetti organizzativi degli *Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico* (IRCCS) "A.O.U. San Martino-Ist" e Giannina Gaslini" che trovano la loro regolamentazione primaria nel D. Lgs. 16.10.2003 n° 288 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3" e nella l. r. 41/06^{ix}.

L'I.R.C.C.S. "A.O.U San Martino-Ist", peraltro, assicura anche la collaborazione fra il servizio sanitario regionale e l'Università degli studi di Genova ai sensi del D.lgs. 21.12.99 n. 517.

Gli assetti organizzativi dei due istituti scientifici devono, altresì, conformarsi alle previsioni di cui al protocollo generale di intesa tra la Regione Liguria e l'Università di Genova già approvati dall'Ateneo e attualmente all'esame del Consiglio regionale

Fermo quanto sopra i due istituti scientifici sono chiamati a orientare la loro organizzazione nel rispetto del modello dipartimentale e dei principi di cui al successivo paragrafo 5.

4.2. Autonomia delle Aziende, degli Istituti e degli Enti del S.S.R..

L'autonomia delle Aziende, degli I.R.C.C.S. e degli Enti del SSR si esercita nell'ambito della programmazione regionale e nel rispetto dei principi, indirizzi e direttive dettati dalla Giunta regionale. Gli articoli 8^x e 9^{xi} della L. R. 41/06 e l'articolo 4^{xii} della l.r. 17/16 declinano le modalità e i termini con i quali la Giunta Regionale esercita le proprie prerogative.

Le norme richiamate caratterizzano le prerogative degli organi regionali in funzione dell'adozione di specifici provvedimenti amministrativi di programmazione (piani, programmi), d'indirizzo (direttive, linee guida) e di controllo (approvazione, verifica).

Il compito di perseguire la concreta realizzazione degli indirizzi regionali e di verificarne l'attuazione è attribuito ad A.Li.Sa.

I già richiamati artt. 2 e 3 della l.r. 17/16 declinano le funzioni sia di indirizzo e coordinamento, sia di controllo, vigilanza, verifica e monitoraggio affidate alla nuova Azienda “ capogruppo” del S.S.R. (vedi sopra).

La *governance* del sistema sanitario regionale, d'altro canto, è perseguita da A.Li.Sa. anche definendo le modalità, la tipologia e i volumi delle prestazioni che gli erogatori pubblici e privati sono chiamati a erogare per conto del S.S.R..

Diverse sono, tuttavia, le modalità di contrattazione con gli erogatori pubblici e privati di cui si può avvalere A.Li.Sa.: direttamente ai sensi della lett. i) dell'art. 3 della l.r. 17/06 o congiuntamente con le cinque Aziende Socio-sanitarie liguri. Nel primo caso rientrano, in particolare, gli accordi con i due “IRCCS AOU San Martino- Ist” e “Gaslini” e con gli Enti Ospedalieri Galliera ed Evangelico e i contratti con i soggetti erogatori privati accreditati, nel secondo gli accordi, le intese e i protocolli sottoscritti con gli enti, le associazioni e gli altri soggetti convenzionati con le Aziende Socio-sanitarie liguri.

Le Aziende Socio-sanitarie attuano la programmazione regionale ed erogano i livelli di assistenza coordinate da A.Li.Sa. che è tenuta ad assicurare a tutti i cittadini liguri omogenee modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e socio sanitari. Ne consegue, tra l'altro, che gli accordi, le intese e i protocolli - che, dispiegando i loro effetti su tutto il territorio regionale, individuano standard operativi o disciplinano l'apporto o la partecipazione al S.S.R. di Enti, associazioni e dei soggetti convenzionati (Farmacie, Pubbliche Assistenze, etc.) - debbono essere sottoscritti congiuntamente dai rappresentanti legali di A.Li.Sa. e delle AA.SS.LL..

4.3 Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.)

I principi e criteri esplicitati devono guidare il processo organizzativo aziendale che – non oltre il 30 giugno - deve concretizzarsi: a) per A.Li.Sa., nell'adozione dell'atto di autonomia aziendale (soggetto al controllo della Giunta regionale ai sensi del citato art. 4 della l.r. 17/2016); b) per le Aziende socio sanitarie, nella rideterminazione dei vigenti atti di autonomia aziendale (parimenti soggetti al controllo della Giunta regionale ai sensi del citato art. 9 della l.r.41/2006).

Il processo di organizzazione aziendale attuativo della riforma del S.S.R. non si conclude, tuttavia, in tali adempimenti; sono certamente prospettabili, nell'arco dell'attuale legislatura, ulteriori necessità di rimodulare gli assetti organizzativi, sia di A.Li.Sa. sia delle AA.SS.LL. in relazione da un lato, alle previsioni di cui all'art. 12 della l.r. 17/16^{xiii} e, dall'altro, all'opportunità di ricercare costantemente modalità di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei livelli produttivi.

Annualmente gli atti di autonomia aziendale potranno, pertanto, essere rivisti; resta fermo che dalla revisione degli assetti organizzativi non possono, in ogni caso, derivare oneri finanziari aggiuntivi per il Servizio Sanitario Regionale.

Ne discende un preciso limite alla possibilità di incrementare l'attuale numero di strutture complesse aziendali e l'opportunità di attuare processi di razionalizzazione e integrazione delle strutture semplici.

Come già evidenziato nelle Premesse, la modifica del quadro normativo e la necessità di riequilibrare e riqualificare l'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale impongono anche agli Istituti Scientifici e agli Enti del S.S.R. di avviare processi di riorganizzazione coerenti con la programmazione e gli indirizzi regionali.

Le Aziende, gli Istituti ed Enti, nell'ambito dell'autonomia loro riconosciuta sono, dunque tutti chiamati a modulare i loro assetti organizzativi e le relative modalità di funzionamento al fine di realizzare gli obiettivi strategici fissati dalla Giunta regionale. Più in generale, il processo organizzativo dev'essere finalizzato a definire i livelli di governo e di responsabilità delle Aziende, degli Istituti e degli Enti del S.S.R., non solo in aderenza alle previsioni normative nazionali e regionali ma, altresì, al fine di garantire efficienza e omogeneità di risposta ai bisogni assistenziali e, ancora, al fine di superare le attuali disfunzioni, duplicazioni e distonie organizzative .

5. Modello organizzativo

Gli indirizzi e i principi di cui al presente paragrafo, compatibilmente con le diverse funzioni assistenziali e gli ambiti di autonomia riconosciuti, devono trovare concreta attuazione nei processi organizzativi richiesti al sistema nel suo complesso di Aziende, Istituti ed Enti.

5.1 Organizzazione dipartimentale

“L’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie” recita testualmente l’art. 17 bis del D.Lgs. 502/92. Il Capo V della l.r. 41/06 disciplina la costituzione, gli organi, e il funzionamento dei dipartimenti^{xiv xv}.

L’art. 40 bis della l.r. 41/06, recentemente introdotto dalla l.r. 17/16^{xvi} ha ulteriormente rimarcato il ruolo strategico dei dipartimenti aziendali e interaziendali.

L’atto di autonomia aziendale e i regolamenti di riorganizzazione degli IRCCS disciplinano, tra l’altro, le componenti organizzative dei dipartimenti aziendali, ne definiscono finalità, responsabilità e interdipendenza nel rispetto delle norme sopra richiamate.

Il dipartimento aziendale è un’organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative e le altre strutture organizzative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregati al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale.

Nell’ambito dell’organizzazione dipartimentale possono trovare attuazione soluzioni organizzative e assistenziali caratterizzate da un approccio integrato alla malattia e volte a migliorare: i risultati clinici, la qualità dei servizi resi e la razionalizzazione dei costi. La metodologia del “Disease Management Team” (DMT) consente, infatti, di superare eventuali frammentazioni delle cure attraverso l’intervento e la cooperazione dei diversi attori del processo assistenziale che, riuniti in un “team” multidisciplinare, possono ridefinire l’iter diagnostico terapeutico integrando interventi e risorse.

Nelle Aziende Socio-sanitarie dev’essere previsto un assetto organizzativo dipartimentale rispondente alle vigenti disposizioni normative per quanto attiene il Dipartimento di Prevenzione e

il Dipartimento di Salute Mentale e, comunque, tale da integrare “Cure Ospedaliere” “Cure Territoriali”, e “Servizi sanitari” (laboratorio, radiologia, ecc.).

Il dipartimento aziendale, salvo deroghe della giunta regionale, aggrega almeno quattro strutture organizzative complesse e può comprendere anche strutture organizzative semplici dipartimentali ma non può, di norma, superare la dimensione di otto unità operative complesse.

Fermo restando le peculiarità e le specificità dell’offerta assistenziale delle strutture e dei presidi del S.S.R., sussistono ambiti di attività comuni presenti in tutte le Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R.. La riforma del S.S.R. è caratterizzata, come già più volte esplicitato, dalla volontà di implementare la *governance* del sistema e di avviare processi di integrazione e di standardizzazione; tale volontà è anche chiaramente espressa all’art. 40 bis della l.r. 41/06, laddove prevede la possibilità di costituire dipartimenti interaziendali trasversali a tutte le Aziende, Istituti ed Enti al fine di perseguire, negli ambiti assistenziali, che saranno individuati dalla Giunta Regionale:

- ✓ il coordinamento e il miglioramento della qualità dei servizi erogati,
- ✓ la gestione di percorsi integrati di diagnosi e cura,
- ✓ la programmazione dell’attività di equipe,
- ✓ la costituzione di equipe itineranti,
- ✓ la valutazione delle performance qualitative e di efficacia,
- ✓ la condivisione di linee guida, protocolli e prassi operative,
- ✓ l’effettuazione di audit,
- ✓ la formazione del personale.

La costituzione di dipartimenti interaziendali regionali è dunque finalizzata, da un lato a dotare Alisa di uno strumento organizzativo di programmazione e d’ integrazione dei livelli di assistenza e della attività sanitarie e socio sanitarie , e dall’altro, a costituire un’occasione di indirizzo, governo e confronto professionale.

L’obiettivo è quello di promuovere la qualità, l’appropriatezza delle cure, l’omogeneità sul territorio, l’efficienza clinica e organizzativa, l’efficacia dell’attività sanitarie e socio sanitarie, l’ottimizzazione delle risorse.

In questa prospettiva le attività principali dei dipartimenti interaziendali regionali possono essere così elencati:

- Analizzare e valutare i bisogni di salute, la domanda di assistenza sanitaria e socio sanitaria e i modelli organizzativi adottati,
- Procedere al censimento delle risorse umane e tecnologiche e proporre valutazioni HTA per l'introduzione di nuove tecnologie,
- Formulare proposte organizzative, funzionali al perseguimento degli obiettivi e al coordinamento delle attività di assistenza,
- Predisporre percorsi diagnostico terapeutici assistenziali definendo responsabilità organizzative e professionali,
- Proporre attività di formazione didattica e di ricerca ,
- Condividere indicatori di processo-organizzativo professionale- e di *outcome*.

Sono prospettabili, in via prioritaria, i seguenti ambiti di attività dei Dipartimenti Interaziendali:

- Emergenza – Urgenza e 112
- Trasfusionale
- Medicina di Laboratorio
- Diagnostica per Immagini
- Cardiologia Interventistica e Cardiochirurgia
- Oncologico
- Chirurgico
- Materno-infantile.

nonchè l'attivazione di alcuni Dipartimenti Interaziendali d'organo o di apparato.

Anche alla luce delle previsioni di cui al comma 4 del citato art. 40 bis, è opportuno che sia i Comitati dei Dipartimenti interaziendali regionali sia i Direttori degli stessi, chiamati a svolgere funzioni di coordinamento e interfaccia con il Direttore generale di A.Li.Sa., abbiano sede presso l'Azienda Ligure Sanitaria.

E', peraltro, opportuno evidenziare la diversa funzione e rilevanza dei dipartimenti interaziendali di cui all'art. 41 commi 1 ter e 1 quater della l.r. 41/16, gli uni previsti in una prospettiva di attività non eccedente l'area ottimale, gli altri costituiti per attività specifiche e peculiari di rilevanza regionale ma che interessano solo alcune delle Aziende, degli Istituti ed Enti del S.S.R. (ad es. il Dipartimento di Genetica); in ragione di tali attività e funzioni la legge regionale ne disciplina, con esclusivo riferimento a ciascuno di essi, le modalità di nomina dei rispettivi direttori ^{xvii}.

Un elemento imprescindibile che le AA.SS.LL., gli Istituti e gli Enti del S.S.R. sono tenuti ad avere ben presente nella definizione degli assetti organizzativi, anche dipartimentali, è il perseguimento degli standard fissati dal DM 70/15 - già richiamati al paragrafo 2 - e dalle necessità di razionalizzare il numero delle strutture organizzative e, in particolare, delle strutture semplici che eccedono in maniera significativa i parametri fissati a livello nazionale.

5.2 Trasparenza e legalità

Nella definizione degli assetti organizzativi le Aziende, gli Istituti e gli Enti del S.S.R. devono, anche, perseguire la concreta attuazione dei canoni richiesti normativamente in materia di trasparenza e di legalità.

Le Aziende del S.S.R. devono informare la propria organizzazione ai principi di trasparenza e all'esigenza di garantire i diritti di informazione, accesso e partecipazione da parte dei cittadini, sviluppando percorsi di comunicazione intesi sia come "*customer satisfaction*" sia come sistemi di ascolto organizzati per rispondere ai bisogni della cittadinanza.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, costituito ai sensi della Legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" indirizza la propria attività ai cittadini, singoli e associati e sarà organizzato secondo i seguenti criteri:

a) garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e successive modificazioni;

b) agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative, e l'informazione sulle strutture e sui compiti delle amministrazioni medesime;

c) promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica e coordinare le reti civiche;

d) attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;

e) garantire la reciproca informazione fra l'ufficio per le relazioni con il pubblico e le altre strutture operanti nell'amministrazione, nonché fra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle varie amministrazioni.

In relazione all'importanza dei principi sopra richiamati, l'art. 3 della l.r. 17/2016 affida ad A.Li.Sa. la specifica funzione di "coordinamento degli Uffici Relazione con il Pubblico in materia sanitaria e sociosanitaria".

L'obiettivo della norma è quello di costituire in tutte le strutture del S.S.R. punti di ascolto e di confronto con la cittadinanza, da un lato, per consentire ad A.Li.Sa. una capillare e tempestiva lettura dei bisogni emergenti e, dall'altro, per comunicare ai cittadini/utenti le attività e gli interventi correttivi adottati.

Tale necessità viene ribadita soprattutto in relazione all'evoluzione del contesto epidemiologico, scientifico e sociale che caratterizza le nuove sfide (innalzamento età media, crescita dei fabbisogni legati alla cronicità, innovazioni scientifiche e tecnologiche, comunicazione, mobilità, etc.) che la riforma del S.S.R. deve affrontare.

Assume, dunque, una rilevanza strategica la rilevazione e la conoscenza dei bisogni, fattore indispensabile per garantire: continuità e circolazione delle informazioni, trasparenza, correttezza dell'informazione esterna ed interna, promozione ed educazione alla salute e alle buone pratiche, gestione della comunicazione nelle situazioni di emergenza, assegnazione di ruoli e individuazione dei centri di responsabilità.

Solo implementando i canali di ascolto e comunicazione sarà possibile rafforzare e, in alcuni casi, ricostruire un rapporto di fiducia tra i cittadini e Servizio Sanitario Regionale.

Le Aziende, gli Istituti e gli Enti del S.S.R., nel ridefinire i processi aziendali non possono, altresì, prescindere dalle profonde innovazioni intervenute nel quadro normativo nazionale^{xviii} in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità.

Le Aziende devono, pertanto, organizzarsi in maniera idonea ad attuare gli adempimenti normativi e a realizzare sistemi di controllo organizzativo/gestionali capaci di ridurre l'incidenza dei fenomeni devianti, contribuendo a diffondere la cultura della trasparenza e dell'integrità.

Le norme richiamate prevedono e disciplinano, sostanzialmente, due strumenti principali: il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e il Codice di Comportamento (P.T.P.C.).

L'art. 1 della L.190/2012 prevede che le pubbliche amministrazioni definiscano un piano di prevenzione della corruzione, da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno; il piano deve fornire

una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio. Il P.T.P.C. rappresenta lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo" - articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno.

In sostanza, l'amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre significativamente il rischio di comportamenti "distorti"; questo adempimento implica necessariamente una valutazione probabilistica della "rischiosità" e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

La legge ha riposto notevole fiducia nella figura del responsabile della prevenzione e della corruzione, considerandolo come il soggetto in grado di "far girare il meccanismo" della prevenzione nell'ambito dell'amministrazione^{xix}.

La normativa sopra citata impone, altresì, alle Pubbliche Amministrazioni un generalizzato e puntuale obbligo di pubblicità e di trasparenza delle informazioni, finalizzato a garantire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse.^{xx}

La L.190/2012 impone alle pubbliche amministrazioni l'adozione di un Codice di comportamento dei dipendenti, integrativo di quello definito a livello nazionale, al fine di assicurare la qualità dei servizi e il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.^{xxi}

5.3 Codice etico

Gli strumenti normativi sopra descritti impongono alle Aziende, agli Istituti Scientifici e agli Enti pubblici vincoli o adempimenti organizzativi e procedurali e ai dipendenti pubblici doveri minimi di diligenza, imparzialità e buona condotta.

L'etica aziendale, tuttavia, non deve essere il risultato di una condotta imposta dall'esterno, ma un processo libero e consapevole, interno all'azienda, di definizione e assunzione di responsabilità ulteriori rispetto a quanto imposto normativamente.

L'adozione di un codice etico^{xxii} si concretizza, pertanto, nella dichiarazione dei valori, dell'insieme dei diritti e doveri e delle responsabilità che l'Azienda si assume nei confronti di tutti i "portatori d'interesse", esterni o interni. Il codice etico costituisce, pertanto, la fonte primaria e il riferimento fondante sia dell'organizzazione e del funzionamento, sia dei regolamenti aziendali ed è il mezzo per l' "esternalizzazione" e la comunicazione dei principi e dei valori che ispirano l'attività dell'Azienda e la condotta dei suoi professionisti.

L'assunzione di responsabilità e la dichiarazione dei valori fondanti l'operato dell'azienda divengono, inevitabilmente, non solo il principale criterio per valutare la capacità della stessa di rispondere ai bisogni di una comunità ma anche, più in generale, il parametro rispetto al quale sarà complessivamente valutata in termini di credibilità, reputazione e fiducia.

Nelle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R. il codice etico svolge anche una funzione del tutto peculiare rispetto alla necessità di mettere a fattor comune i principi etici contenuti nei codici deontologici delle diverse professioni.

L'affermazione nei diversi contesti lavorativi e professionali dei principi etici attestati nei codici deontologici delle diverse professioni sanitarie è, infatti, certamente funzionale allo sviluppo, diffusione e condivisione dei valori aziendali che devono caratterizzare i rapporti con i cittadini e gli assistiti e le relazioni interpersonali del personale a servizio di questi ultimi.

6. Linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale

A.Li.Sa. e le AA.SS.LL. sono Aziende del Servizio sanitario costituite e disciplinate ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 del D.Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e ss.mm.ii..

Gli assetti strutturali, gli organi, le loro funzioni e composizione sono regolati e determinati dal D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e dalle LL.RR. n. 41/06 e ss.mm.ii. e n. 17/16 e ss.mm.ii.^{xxiii xxiv}.

6.1 Azienda Ligure Sanitaria

La riforma del S.S.R. ha attribuito ad A.Li.Sa. compiti di *governance* sanitaria, socio sanitaria e di integrazione con le politiche sociali del territorio (vedi il novellato art. 14 della l.r. 41/06) e di "garanzia" dell'erogazione dei LEA nel rispetto della programmazione, degli indirizzi e dei vincoli definiti dalla Regione.

L'organizzazione di A.Li.Sa. deve, dunque, essere tale da presidiare sia la funzione di governo dei bisogni e della domanda, sia la funzione di governo dell'offerta.

Per quanto attiene la prima funzione, A.Li.Sa. non può prescindere dalla rilevazione e dall'analisi epidemiologica, dal monitoraggio degli esiti di salute e degli *outcome*, dalla verifica dell'appropriatezza e dell'accessibilità dei servizi.

A.Li.Sa. deve, dunque, costituire la propria organizzazione ai fini di una *governance* complessiva sia della promozione e della tutela della salute, sia dell'integrazione e della continuità dei percorsi assistenziali e socio assistenziali presidiando, da un lato (con la sola esclusione delle funzioni attribuite alla Regione quale Autorità Competente per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria): la prevenzione, la sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e, dall'altro: la presa in carico delle persone in tutti i servizi sanitari e socio sanitari, l'assistenza primaria e le funzioni distrettuali, l'assistenza domiciliare, la residenzialità, l'assistenza socio sanitaria per le famiglie, i minori e la fragilità, la salute mentale e le dipendenze.

Per quanto attiene il governo dell'offerta, l'organizzazione di A.Li.Sa. dovrà sovrintendere alla regolamentazione dell'offerta di prestazioni sanitarie e socio sanitarie presidiando: autorizzazioni, accreditamento, programmazione, negoziazione, accordi e contratti, verifiche e controlli delle

prestazioni rese dagli erogatori pubblici e privati in ambito ospedaliero e in ambito territoriale, assistenza farmaceutica protesica e dietetica, malattie rare.

A.Li.Sa. dovrà, infine, costituire la propria organizzazione anche in relazione alle seguenti funzioni a essa attribuite dalla l.r. 17/16: gestione sanitaria accentrata (GSA) di cui al D.lgs. 23 giugno 2011 n.118, centrale regionale di acquisto per beni e servizi sanitari, e politiche relative a: acquisti, risorse umane e tecnologiche, formazione del personale, sperimentazione di modelli organizzativi innovativi.

In relazione alle predette necessità organizzative, appare del tutto coerente un primo assetto organizzativo di A.Li.Sa. articolato in: a) una direzione strategica (direttore generale e direttori amministrativo, sanitario e socio sanitario); b) tre aree dipartimentali (amministrativa, sanitaria, socio sanitaria); c) una struttura di programmazione sanitaria e socio sanitaria e epidemiologia; d) una struttura di staff; e) un'area per l'acquisto di beni e servizi sanitari (CRA).

Tale assetto di massima dovrà essere ulteriormente articolato, individuando le relative responsabilità dirigenziali, tenendo conto delle seguenti linee guida.

6.1.1. Direzione strategica

A essa sono attribuite le funzioni strategiche e trasversali a tutta l'Azienda legate alla programmazione, alla definizione degli accordi e contratti e alle attività di controllo ispettivo e di verifica nel rispetto degli indirizzi regionali. In questa prospettiva assumono particolare rilevanza i compiti di: a) definire il sistema degli obiettivi e dei risultati delle AA.SS.LL. e degli altri enti del S.S.R.; b) proporre alla Giunta regionale gli obiettivi dei direttori delle AA.SS.LL. e dell'I.R.CC.S. "A.O.U. San Martino- Ist".

Alla direzione generale afferiscono la struttura di programmazione ed epidemiologia e la struttura di staff alla quale, tra l'altro, è affidata la determinante gestione dei sistemi informativi e il *data warehousing*.

Alla direzione infine compete il governo dei dipartimenti interaziendali di cui al paragrafo 5, una volta costituiti dalla Giunta regionale.

6.1.2. Area Dipartimentale Amministrativa

In quest'area, oltre alle consuete funzioni di bilancio, ragioneria, personale, affari generali e patrimonio, sono ricondotte espressamente dall'art. 3 della l.r. 17/16 le seguenti funzioni:

- la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale,
- la tenuta delle scritture della GSA,
- la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA,
- la redazione del bilancio consolidato del S.S.R..

E' compito dell'Area monitorare, nel complesso, l'andamento dei costi dell'intero sistema al fine di evidenziare possibili aree critiche nelle quali intervenire.

In ambito di organizzazione operativa delle risorse umane, l'area dipartimentale amministrativa comprende la funzione collegata alla definizione dei criteri per la valutazione del fabbisogno di personale del sistema regionale e delle singole aziende e il presidio e il coordinamento degli indirizzi di libera professione intramuraria. In quest'Area trovano collocazione il coordinamento e la programmazione operativa inerenti il "Percorso Attuativo di Certificabilità" (PAC) dei bilanci e della gestione operativa dei flussi operativi del servizio sanitario ligure al fine del presidio delle scadenze normative. Nell'Area amministrativa è posta la funzione inerente il monitoraggio dei costi di gestione del patrimonio disponibile.

6.1.3. Area Dipartimentale Sanitaria

L'Area dipartimentale presiede alle funzioni di: autorizzazione e accreditamento, rischio clinico e *risk management*, professioni sanitarie e livelli di assistenza: ospedaliera; emergenza e urgenza; specialistica; farmaceutica e protesica, prevenzione e veterinaria.

Rispetto a tali livelli assistenziali, l'area dipartimentale provvede a:

- programmare, pianificare e monitorare le modalità erogative delle prestazioni,
- individuare, ove necessario, le strutture e i soggetti che possono erogare le prestazioni a carico del S.S.R.,
- stipulare e gestire, congiuntamente con le AA.SS.LL., accordi intese e protocolli con i soggetti che erogano le prestazioni ricomprese nei livelli assistenziali (PP.AA., farmacisti, Onlus, ecc.) ,
- garantire, anche attraverso le AA.SS.LL., le attività ispettive e di controllo, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni rese,
- attendere ai sistemi di vigilanza (farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza, ecc),
- governare e monitorare la spesa.

6.1.4. Area Dipartimentale Socio-Sanitaria

L'Area dipartimentale presiede, con modalità analoghe a quelle sopra elencate, ai livelli assistenziali: assistenza domiciliare, residenzialità, assistenza socio sanitaria per la famiglia, minori e fragilità, salute mentale e dipendenze.

In particolare l'Area è chiamata, altresì: a) a preconstituire e organizzare i percorsi di cura e di continuità assistenziale; b) a governare le funzioni distrettuali e le cure primarie.

Rispetto al primo punto si rinvia ai paragrafi precedenti; sul secondo, ugualmente strategico e delicato, l'Area dipartimentale provvede a:

- attuare, congiuntamente alle AA.SS.LL. - secondo le indicazioni nazionali e regionali e nel rispetto degli accordi raggiunti nei Comitati regionali - le convenzioni con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale,
- garantire, congiuntamente alle AA.SS.LL., l'accesso ai cittadini alle prestazioni (diritto all'assistenza, riconoscimento delle esenzioni, scelta e revoca del medico),
- definire obiettivi di governo clinico per MMG, PLS e specialisti ambulatoriali,
- individuare standard operativi delle forme aggregative complesse (UCCP, AFT),
- governare e monitorare la spesa.

6.2 Aziende Socio-sanitarie Liguri (ASL)

I contenuti necessari e imprescindibili dell'atto di autonomia delle Aziende socio-sanitarie sono predeterminati dalla normativa più volte richiamata e, in particolare, dall'art. 25 della l.r. 41/04^{xxv}).

Nell'atto di autonomia aziendale le Aziende Socio Sanitarie dovranno, altresì, declinare:

- ✓ la *mission* aziendale,
- ✓ la sede legale e gli elementi identificativi dell'Azienda,
- ✓ la distinzione tra le attività di indirizzo e controllo e l'attività di gestione,
- ✓ l'individuazione delle strutture aziendali dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria,
- ✓ l'assetto organizzativo con indicazione della sua articolazione strutturale e funzionale, la disciplina dei livelli di competenza e di responsabilità, le linee strategiche per la definizione dell'organizzazione e del funzionamento dei distretti e dei dipartimenti, la distinzione tra funzioni in "staff" e in "line",
- ✓ l'articolazione dei centri di responsabilità e di costo,
- ✓ la definizione del sistema dei controlli interni.

L'atto di autonomia aziendale deve individuare, rappresentare e comunicare la struttura organizzativa e i meccanismi operativi chiamati a dare concreta attuazione alle previsioni^{xxvi} di cui al novellato art. 32 ("Articolazione dell'Asl e relative funzioni") della l.r. 41/06.

L'A.S.L. si articola^{xxvii} in distretti, presidi ospedalieri, area dipartimentale di prevenzione e si organizza in Dipartimenti (vedi paragrafo 5).

Nelle AA.SS.LL. vengono individuate due macro aree: ospedaliera e territoriale, attribuendone la responsabilità rispettivamente al direttore sanitario e al direttore sociosanitario.

L'area territoriale è la sede privilegiata di riferimento e di confronto con gli Enti locali e, quindi, di lettura dei bisogni e della domanda assistenziale e, pertanto, diviene il punto di composizione e di coordinamento dell'operato dei distretti nei quali si articola l'Azienda. Il distretto è la sede ottimale per la realizzazione dell'integrazione, da un lato, tra le cure primarie e le cure specialistiche e, dall'altro, tra le prestazioni socio sanitarie e le prestazioni sociali, perseguendo così la continuità assistenziale tra degenza, domicilio e residenzialità.

Attraverso l'area territoriale sono garantiti i livelli di assistenza "prevenzione" e "distrettuale" declinati nel DPCM di prossima approvazione che, con natura non più ricognitiva ma costitutiva, sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2011.

Nell'area ospedaliera, prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta e sede di offerta sanitaria specialistica, devono essere perseguite appropriatezza e qualità delle cure ma anche posta attenzione alla capacità e all'efficienza produttiva. Per quanto attiene l'appropriatezza clinica si evidenzia come i nuovi LEA prevedano condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva, mentre, con riferimento all'appropriatezza organizzativa, sempre i nuovi LEA hanno sia disposto significativi aggiornamenti agli allegati A) e B) del patto alla Salute 2010 – 2012 sia esplicitato criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero. D'altro canto occorre anche ben evidenziare come la recente legge di bilancio 2017 abbia previsto anche per i presidi ospedalieri gestiti direttamente dalle AA.SS.LL. la previsione di cui all'art. 1, comma 524^{xxviii}, della legge di stabilità 2016 n. 208/2015.

Fermo quanto sopra, i nuovi LEA imprimono una forte spinta verso la continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio imponendo, dunque, lo sviluppo di forme di organizzazione tali non solo da assicurare prestazioni di qualità e appropriate a fronte di un utilizzo efficiente delle risorse ma anche tali da assicurare la composizione e l'integrazione tra le due dimensioni – territoriale ed ospedaliera – attraverso, principalmente, la costruzione di percorsi organizzativi e assistenziali caratterizzati da un'effettiva presa in carico degli assistiti.

Congiuntamente, pertanto, le due aree dovranno anche affrontare e definire strategicamente, organizzativamente e operativamente i seguenti aspetti di assoluta rilevanza per il servizio sanitario regionale: a) le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie con particolare attenzione alle prestazioni di emergenza-urgenza; b) la necessità di ridurre significativamente i tempi di attesa delle prestazioni.

Determinante, per tali finalità, è il ruolo di indirizzo e di governo attribuito dalla riforma ad A.Li.Sa. in quanto entrambi gli aspetti travalicano l'orizzonte operativo delle singole aziende richiedendo una risposta, strategica e complessiva, da parte di tutto il sistema sanitario regionale.

ⁱ **Art. 1. L.r. Regionale 29 luglio 2016 n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della regione Liguria (A.Li.sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria).**

1. E' istituita l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria di seguito denominata A.Li.Sa., azienda sanitaria ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e integrazioni del Servizio Sanitario Regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile.
2. A.Li.Sa. ha sede in Genova e può essere articolata in sedi operative territoriali.
3. L'organizzazione e il funzionamento di A.Li.Sa. sono disciplinati dalla presente legge, dall'atto aziendale e dai conseguenti provvedimenti attuativi, nonché dalla normativa vigente in materia di enti del servizio sanitario nazionale.
4. L'Azienda opera sulla base di linee di indirizzo emanate dalla Giunta regionale.

5.

ⁱⁱ **Art. 3 L.r. 17/2016 (Funzioni dell'Azienda).**

1. L'Azienda, nell'ambito e nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 2, svolge funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale e le relative attività connesse, tra cui le funzioni di gestione di attività tecnico-specialistiche anche di supporto alle Aziende sanitarie e agli altri enti del Servizio Sanitario Regionale.
2. A.Li.Sa. svolge, in particolare, le seguenti funzioni:
 - a) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Regione;
 - b) la programmazione finanziaria della sanità regionale nel rispetto dei vincoli posti dalla Giunta regionale;
 - c) la proposta degli obiettivi dei Direttori delle Aziende sanitarie e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro;
 - d) la programmazione, la governance e le politiche relative:
 - 1) agli acquisti e agli investimenti in edilizia sanitaria: nell'ambito di tale funzione l'Azienda può impartire direttive su singole procedure o tipologie di procedure;
 - 2) alle risorse umane e tecnologiche;
 - 3) alla formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale;
 - 4) alla sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per la gestione delle risorse professionali;
 - e) la definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale, nonché la definizione e il monitoraggio dei costi standard;
 - f) il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e sociosanitaria;
 - g) la gestione dei sistemi e dei flussi informativi, del sistema di auditing e del controllo interno;
 - h) le attività di supporto e di consulenza tecnica alla Giunta regionale anche in forma di studi, ricerche, istruttorie di progetti e servizi di controllo;
 - i) la definizione e la stipula degli accordi con i soggetti erogatori pubblici o equiparati e dei contratti con i soggetti erogatori privati accreditati anche con riferimento al sistema di remunerazione delle prestazioni e in generale al sistema del rimborso per prestazione e sistemi connessi e correlati;
 - l) la definizione di direttive in ordine al contenuto di convenzioni da applicarsi ai soggetti del Servizio Sanitario Regionale, anche in un'ottica di valorizzazione delle prassi e delle intese rientranti nella manutenzione evolutiva;
 - m) l'attività di controllo del Servizio Sanitario Regionale realizzata anche con modalità e funzioni ispettive e con la verifica dell'andamento generale dell'attività delle Aziende sanitarie trasmettendo le proprie valutazioni e proposte alla Giunta regionale;
 - n) le attività di vigilanza e di verifica nei confronti delle Aziende sanitarie, degli IRCCS, degli enti pubblici ed equiparati e degli erogatori privati accreditati, nel rispetto della normativa nazionale;
 - o) il monitoraggio delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale che devono rispondere a criteri di appropriatezza e di qualità valutando gli esiti analitici delle funzioni non tariffabili rese dagli erogatori pubblici;
 - p) ogni altra funzione attribuita dalle leggi regionali o dalla Giunta regionale.
3. L'organizzazione della funzione ispettiva, di cui al comma 2, lettera m), e le relative modalità di esercizio sono disciplinate con regolamento adottato sulla base di indirizzi emanati dalla Giunta regionale che possono indicare azioni coordinate con altri soggetti e autorità del sistema regionale dedicati al servizio ispettivo e di vigilanza per il sistema sociosanitario ligure.
5. L'attribuzione di tali attività ad A.Li.Sa. determina il venir meno delle corrispondenti competenze delle Aziende sanitarie e degli IRCCS, nonché per quanto compatibile con il loro regime giuridico-amministrativo, degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale.

6.

ⁱⁱⁱ **Art. 14 L.r. 41/2016, come modificato dalla L.r. 17/2016 (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.

1 bis. Con regolamento della Giunta regionale sono definite le modalità con le quali un Organismo consultivo composto dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci e dai Presidenti delle Conferenze di Distretto sociosanitario, supporta A.Li.Sa.:

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

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

iv Art. 17. l.r. 41/2016, come modificato dalla l.r. 17/2016 (Funzioni delle Aziende Sociosanitarie Liguri)

1. La Regione attraverso le Aziende Sociosanitarie Liguri (ASL) promuove la tutela della salute degli assistiti di cui all'articolo 2.
2. Le ASL sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.
3. Le ASL si articolano in due aree definite rispettivamente "area territoriale" e "area ospedaliera" che afferiscono direttamente alla direzione generale. Le aree di cui al presente comma concorrono a realizzare e a favorire l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie, tenuto conto delle peculiarità del territorio in cui ha sede l'ASL di riferimento.
4. L'area territoriale realizza e favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie valutando il tessuto sociale e i bisogni nel territorio dell'ASL di riferimento in un'ottica di valorizzazione, integrazione e collaborazione con gli enti locali e, in generale, con tutti i soggetti presenti sul territorio tenuto conto delle loro competenze.
5. L'area ospedaliera è prevalentemente dedicata al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede di offerta sanitaria specialistica.
6. In particolare, le ASL provvedono, tenuto conto della ripartizione per materia e competenza delle due aree di cui ai commi 3, 4 e 5 e nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta ai sensi dell'articolo 8 e delle funzioni attribuite all'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) dall'articolo 3 della legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria), a:

a) 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;
- b) applicare gli accordi e i contratti stipulati con i soggetti accreditati pubblici e privati ai sensi del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e della l.r. 17/2016 ;
- c) collaborare con A.Li.Sa. al monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta agli stessi, dei volumi delle prestazioni, nonché degli accordi attuati;
- 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;
- f) perseguire economicità ed efficienza produttiva anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite.

7. Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria, su proposta della Giunta regionale, può costituire nuove ASL ovvero sopprimere o modificare le ASL esistenti.

v Art. 2 l.r. 17/2016 (Finalità)

1. L'Azienda, nell'esercizio delle sue attività e nel rispetto dei piani e dei programmi deliberati dal Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria e dei principi, indirizzi e direttive dettati dalla Giunta regionale, persegue la realizzazione e lo sviluppo di un servizio sanitario ligure fondato in particolare su modalità partecipative basate su percorsi di condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse al fine di garantire l'equità di accesso ai servizi ricompresi nel Servizio Sanitario Regionale. Favorisce un'evoluzione equilibrata del Servizio Sanitario Regionale in sinergia con le politiche sociali in un percorso di valorizzazione dell'integrazione sociosanitaria, con particolare attenzione alle specifiche esigenze del territorio, dei suoi cittadini e, in generale, degli aspetti che emergono dal tessuto sociale regionale, in un'ottica di leale collaborazione tra Regione, enti locali e i soggetti che partecipano allo sviluppo e al miglioramento del sistema sanitario regionale.
2. L'Azienda, sulla base degli indirizzi di programmazione dettati annualmente dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità, nell'ambito delle funzioni di cui all'articolo 3, favorisce, propone, supporta o adotta direttamente strategie per:
 - a) la rilevazione continua dei dati;
 - b) l'aggregazione dei soggetti erogatori;
 - c) il consolidamento e l'organizzazione delle reti di specialità anche in un'ottica di sviluppo di nuovi punti di alta specialità;
 - d) il monitoraggio e la classificazione dello stato dell'edilizia sanitaria tenuto conto anche delle tecnologie esistenti;
 - e) lo sviluppo delle funzioni di controllo anche del tipo "audit" e "financial audit" e del sistema informativo;
 - f) lo sviluppo del sistema autorizzativo sanitario e di accreditamento istituzionale instaurando efficaci relazioni con il sistema dei controlli regionali;
 - g) lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale;

-
- h) l'elaborazione di modelli di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, al fine di assicurare alla persona la continuità di cura e di assistenza promuovendo un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie con il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e delle farmacie di comunità;
- i) l'implementazione e l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale coinvolgendo le autonomie locali nel rispetto delle competenze istituzionali di ciascun soggetto pubblico e privato che opera sul territorio.
3. La Giunta regionale può stabilire modalità e criteri per lo svolgimento delle funzioni di cui al comma 2 e individuare anche forme sperimentali, modalità e protocolli per promuovere il territorio come sede primaria dell'assistenza.

4.

vi Art. 11 L.r. 17/2016 (Disposizioni finali e transitorie)

(omissis)

16. Le funzioni di Centrale regionale di acquisto già esercitate da ARS sono svolte da A.Li.Sa

17.

vii "Art. 3 L.r. 17/2016. (Funzioni dell'Azienda)

4. "A.Li.Sa. svolge altresì:
- a) le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modificazioni e integrazioni;
- b) la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale di cui all'articolo 20 del d.lgs. 118/2011 e successive modificazioni e integrazioni confluiti negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità;
- c) la tenuta delle scritture della GSA di cui all'articolo 22 del d.lgs. 118/2011 e successive modificazioni e integrazioni;
- d) la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati;
- e) la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del Servizio Sanitario Regionale e dei relativi allegati. "

viii Art. 22 L.r. 41/2006 , come modificato dalla L.r. 27/2016 (Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario)

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del d.lgs. 171/2016 il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle proprie funzioni. I requisiti, le incompatibilità e le inconferibilità alla carica e le funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono disciplinati dagli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, nonché dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190) e successive modificazioni e integrazioni e dall'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 . Ai fini della nomina a direttore sociosanitario occorre essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea ai sensi del previgente ordinamento e aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale. Al direttore sociosanitario si applica la disciplina delle incompatibilità e delle inconferibilità alla carica previste per i direttori amministrativo e sanitario.
2. L'incarico di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.
3. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
4. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario sono preposti, per la parte di rispettiva competenza, all'organizzazione dei servizi e delle aree di riferimento, garantendo, in raccordo con la direzione generale e sulla base degli indirizzi emessi dalla stessa, il conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale.
5. Il direttore amministrativo sovrintende agli aspetti economici, finanziari e amministrativi aziendali.
6. Il direttore sanitario presiede agli aspetti igienici e sanitari aziendali.
7. Il direttore sanitario e il direttore sociosanitario presiedono alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni rese ciascuno nell'ambito della propria area di competenza e concorrono all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale e il territorio.
8. Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario cessano dall'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.
9. In caso di assenza o impedimento del direttore amministrativo o sanitario oppure sociosanitario le rispettive funzioni sono svolte da un dirigente di struttura complessa designato dal direttore generale.
10. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

Art. 23 L.r. 41/2006, come modificato dalla L.r. 27/2016 (Elenco degli aventi titolo alla nomina di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario)

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

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

^{ix} **Art. 27 L.r. 41/2006 (Assetti Istituzionali)**

1. Gli IRCCS, secondo i rispettivi ordinamenti, fanno parte integrante del Servizio Sanitario Regionale.
2. L'apporto delle attività dell'Ospedale Galliera 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 ed integrazioni. 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.
3. Agli IRCCS e agli Ospedali Galliera ed Evangelico si applicano le disposizioni previste dalla normativa nazionale e dalla presente legge nonché quelle previste dalle altre norme regionali in quanto compatibili con il regime giuridico-amministrativo di tali strutture.

Art. 28 L.r. 41/2006 (IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro)

1. Ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003 n. 3) e successive modificazioni ed integrazioni, è costituito l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro a seguito dell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino e dell'Istituto Scientifico Tumori (IST) Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro.
2. L'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile.
3. L'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro persegue, garantendone la complementarietà e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale.
4. L'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro assicura la realizzazione della collaborazione fra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Genova ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419).

Art. 28 bis. L.r. 41/2006 (Organi)

1. Sono organi dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro:
 - a) il Consiglio d'indirizzo e verifica;
 - b) il Direttore generale;
 - c) il Direttore scientifico;
 - d) il Collegio sindacale;
 - e) il Collegio di direzione.
2. Il Consiglio d'indirizzo e verifica concorre, al di fuori della gestione diretta, a determinare, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la ricerca sul Cancro con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione. Tale organo verifica, altresì, il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca. Il Consiglio verifica la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'Istituto rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il Consiglio riferisce al Presidente della Regione e al Ministro della Salute .
3. Il Consiglio di indirizzo e verifica esprime parere preventivo obbligatorio in merito agli atti del Direttore generale aventi ad oggetto le determinazioni di alienazione del patrimonio, l'adozione e le modifiche del regolamento di organizzazione e funzionamento, l'adozione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio e i provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni.
4. Il Consiglio di indirizzo e verifica è nominato dalla Regione, resta in carica cinque anni ed è composto da cinque membri, scelti tra soggetti di comprovata competenza e professionalità. I componenti sono designati: uno dalla Regione, uno dall'Università degli Studi di Genova, uno dal Ministero della Salute, uno dalla Conferenza dei Sindaci di cui all'articolo 15. Il quinto membro, con funzioni di Presidente, è nominato dalla Giunta regionale sentito il Ministero della Salute. Non possono farne parte i dipendenti dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro o della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Genova, nonché coloro che hanno rapporti di collaborazione con tali soggetti.
5. Il Direttore generale è nominato dalla Giunta regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università e sentito il Ministro della Salute, tra i soggetti inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore generale delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 23 e a esso si applicano gli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni e l'articolo 19 della presente legge.
6. Il Direttore scientifico, cui compete la responsabilità dell'attività di ricerca, in coerenza con i programmi nazionali e regionali in materia e nei limiti delle risorse assegnate, è nominato, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 26 febbraio 2007, n. 42 (Regolamento recante disposizioni in materia di Direttori Scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - IRCCS), dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione. L'incarico del Direttore scientifico è esclusivo.
7. Il Collegio sindacale dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro è disciplinato ai sensi degli articoli 3, comma 13, e 3 ter del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
8. Il Collegio di direzione è così composto:

-
- a) il Direttore generale che lo presiede e ne determina l'attività;
 - b) il Direttore scientifico;
 - c) il Direttore sanitario;
 - d) il Direttore amministrativo;
 - e) i Direttori dei Dipartimenti sanitari, dei Dipartimenti ad attività integrata e dei Dipartimenti di ricerca;
 - f) il responsabile dell'area infermieristica;
 - g) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
 - h) 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 f).
- I responsabili di cui alle lettere g) e h) sono individuati dal Direttore generale con le procedure elettive previste dal Regolamento di organizzazione e funzionamento.

9. Il Direttore generale si avvale del Collegio di direzione ai fini dell'integrazione tra le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, nonché per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero-professionali intramurarie e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Direttore generale si avvale, altresì, del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

Art. 28 ter.

(Organizzazione e funzionamento dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro)

1. Il Direttore generale adotta il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro sulla base delle direttive regionali, nel rispetto delle previsioni di cui alle leggi nazionali e regionali e in coerenza con i principi fissati dall'Accordo 1 luglio 2004 (Atto di intesa recante: "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni" di cui all'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 . Intesa ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131), sentito il Rettore dell'Università, e lo trasmette alla Regione e al Ministero della Salute entro cinque giorni dall'adozione.
2. La Giunta regionale, entro i successivi quaranta giorni, approva il Regolamento, anche con le modifiche ritenute necessarie, acquisite le eventuali osservazioni del Ministero della Salute e previo parere obbligatorio della Commissione consiliare competente per materia, da rendersi nel termine di trenta giorni, trascorsi i quali si intende espresso. In caso di successive modifiche ed integrazioni viene seguita la medesima procedura.
3. L'assetto organizzativo dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro deve assicurare lo svolgimento complementare e integrato delle funzioni assistenziali, delle funzioni formative e scientifiche e di ricerca nella disciplina di Oncologia e in quelle complementari ed integrate. Resta fermo quanto previsto dalla disciplina nazionale e regionale per quanto attiene all'assetto organizzativo e al funzionamento delle restanti attività formative, assistenziali, scientifiche e di ricerca che concorrono allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università.
4. Il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro disciplina, anche in coerenza con le previsioni di cui al d.lgs. 517/1999, in particolare:
 - a) le macro articolazioni aziendali;
 - b) le modalità di funzionamento dei Dipartimenti;
 - c) le responsabilità, le attribuzioni e i compiti del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, dei Direttori di Dipartimento e dei dirigenti delle strutture, ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro verso l'esterno;
 - d) l'assetto funzionale e organizzativo delle attività di trapianto di organi solidi e tessuti in attuazione della legge regionale 4 dicembre 2009, n. 60 (Organizzazione regionale dei prelievi e dei trapianti di organi, tessuti e cellule);
 - e) i criteri e le modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti;
 - f) le modalità e le procedure di contrattazione per le forniture di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria e nazionale;
 - g) le modalità di gestione amministrativa e contabile autonoma delle attività di ricerca.
5. Per la disciplina di determinate materie il Regolamento di organizzazione e funzionamento può rinviare a specifici regolamenti.
6. Ai sensi dell'articolo 22, il Direttore generale nomina, tra i soggetti inseriti negli elenchi di cui all'articolo 23, il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle sue funzioni.
7. Le nomine dei Direttori di Dipartimento ad attività integrata ospedaliera e universitaria sono effettuate dal Direttore generale d'intesa con il Rettore, garantendo l'equilibrio numerico tra le Direzioni universitarie e ospedaliere .

Art. 28 quater. (Norme di riferimento e di finanziamento dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro)

1. I rapporti tra Regione e Università sono regolati da un protocollo d'intesa ai sensi dell'articolo 12 e della legge regionale 20 gennaio 2005, n. 1 (Disciplina dei rapporti fra la Regione Liguria e l'Università degli studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Nulla è innovato in materia di finanziamento delle attività di assistenza e di ricerca svolte dall'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro. L'attività di ricerca è finanziata ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del d.lgs. 288/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 28 quinquies (Organi consultivi dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro)

1. (Omissis)

2. Al fine di svolgere funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività clinica e di ricerca è costituito il Comitato Tecnico Scientifico ai sensi dell'articolo 6 della l.r. 7/2006 e successive modificazioni ed integrazioni e dei principi stabiliti dall'Accordo 1 luglio 2004.

^x **Art. 8 l.r. 41/2006 (Direttive vincolanti e funzioni di indirizzo).**

1. La Giunta regionale, nell'esercizio delle proprie funzioni, adotta direttive vincolanti per le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati.
2. La Giunta regionale definisce con direttive vincolanti le modalità ed i tempi per la trasmissione degli atti soggetti al controllo ai sensi della normativa nazionale vigente.
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

4.

^{xi} **Art. 9 l.r. 41 (Funzioni di controllo).**

1. La Regione esercita il controllo sugli atti delle Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici, anche se trasformati in fondazioni, Aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché dell'Agenzia Sanitaria Regionale di cui all'articolo 62. A tal fine il direttore generale trasmette 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.
2. Nei successivi trenta giorni la Regione può indicare al direttore generale i contenuti dell'atto che si pongono in contrasto con gli indirizzi o la programmazione regionale. Il direttore generale adegua i propri provvedimenti a quanto indicato dalla Regione.
3. In caso di ritardo od omissione da parte del direttore generale di atti obbligatori per legge o attuativi di direttive vincolanti, la Giunta regionale può nominare, qualora sussistano ragioni di urgenza o di danno, un Commissario ad acta per l'adozione di tali provvedimenti, previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni.

^{xii} **Art. 4. L.r. 17/2016 (Funzioni della Giunta regionale)**

1. La Giunta regionale svolge nei confronti di A.Li.Sa. funzioni di indirizzo, vigilanza e controllo secondo le vigenti disposizioni normative in materia.
2. A tal fine la Giunta regionale:
 - a) determina annualmente indirizzi per l'attività di A.Li.Sa. e ne verifica l'attuazione;
 - b) fissa criteri e principi per lo svolgimento delle funzioni attribuite ad A.Li.Sa.;
 - c) determina indirizzi e vincoli per la programmazione e gestione finanziaria;
 - d) emana indirizzi e direttive per lo svolgimento di attività di controllo, ispettive e di verifica di competenza di A.Li.Sa.;
 - e) adotta direttive vincolanti, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e successive modificazioni e integrazioni.
3. La Regione esercita il controllo sull'atto aziendale di A.Li.Sa. ai sensi dell'articolo 9 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni ed esercita il controllo contabile nei confronti dell'Azienda, ai sensi dell'articolo 9 bis della medesima legge regionale.

^{xiii} **Art. 12 della l.r. 17/2016 (Riordino delle disposizioni in materia sanitaria e sociosanitaria)**

1. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Regione approva un Testo unico di riordino delle disposizioni in materia sanitaria e sociosanitaria contenente:
 - a) funzioni e organizzazione delle rinnovate Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo l'articolazione delle Aziende sanitarie locali in due settori aziendali rispettivamente definiti Area territoriale e Area ospedaliera, che afferiscono direttamente alla direzione generale;
 - b) revisione dell'articolazione dei distretti delle Aziende sanitarie locali, con la finalità di renderli più funzionali nell'erogazione dei servizi e più corrispondenti ai bisogni reali della cittadinanza;
 - c) riforma della disciplina in materia di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie e relativi controlli di cui alla 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) e successive modificazioni e integrazioni, attribuendone la competenza in capo ad A.Li.Sa.

^{xiv} **Art. 38 l.r. 41/2006 (Dipartimenti).**

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.
2. I Dipartimenti possono essere aziendali o interaziendali.
3. Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di più unità operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

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

Art. 39 l.r. 41/2006 (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 ;
 - b bis) per l'organizzazione dei Dipartimenti delle cure primarie e attività distrettuali .

^{xv}

Art. 40 l.r. 41/2006 (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.

^{xvi}

Art. 40 bis.l.r. 41/2006 come modificato dalla l.r. 27/2016(Dipartimento interaziendale)

1. Al fine di realizzare un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità organizzative appartenenti ad aziende diverse sono costituiti dipartimenti interaziendali ai sensi dell'articolo 38, comma 2.
2. Il dipartimento interaziendale provvede, in particolare:
 - a) al governo clinico perseguendo, in una logica di rete, il coordinamento delle attività e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
 - b) al coordinamento organizzativo dei servizi e delle attività al fine di gestire percorsi integrati di diagnosi e cura;
 - c) alla programmazione dell'attività di equipe;
 - d) alla costituzione di equipe itineranti;
 - e) alla valutazione delle performance qualitative e di efficienza;
 - f) alla condivisione di linee guida e protocolli e prassi operative;
 - g) all'audit clinico ed infermieristico;
 - h) alla formazione professionale del personale.
3. Le funzioni del dipartimento interaziendale di cui al presente articolo sono specificate nel regolamento di dipartimento approvato dalla direzione delle aziende interessate nel rispetto della presente legge e della l.r. 17/2016 .
4. Al dipartimento sono assegnati obiettivi annuali e risorse idonee per raggiungere i risultati programmati. Per ciascun anno è pubblicato un rendiconto dei costi sostenuti e dei ricavi, nonché delle attività svolte e del livello di raggiungimento degli obiettivi programmati assegnati.
5. Il dipartimento interaziendale ha un direttore e un comitato di dipartimento e il personale afferente opera nell'ambito delle direttive del direttore del dipartimento.
6. La Regione con un proprio atto individua i dipartimenti interaziendali da costituire.

7.

^{xvii}

Art. 41. l.r. 41/2006 (Direttore di Dipartimento).

(omissis)

- 1 quater. Il direttore del Dipartimento di interesse regionale è nominato dalla Giunta regionale, su proposta dei direttori generali delle Aziende sanitarie ed Enti equiparati le cui strutture facciano parte del Dipartimento.

^{xviii} si richiamano:

- la legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”,
- il D.D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”,
- il D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”,
- il D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165;
- il D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.

•

^{xix} Il responsabile è tenuto in particolare a:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione, verificandone l’efficace attuazione;
- definire procedure appropriate per individuare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verificare l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

—

^{xx} In particolare:

- *Pubblicazione dei dati e delle informazioni sui siti istituzionali*, anche al fine di sollecitare e agevolare la partecipazione dei cittadini;
- *Qualità e chiarezza delle informazioni*, attraverso i siti istituzionali e le procedure informatiche che devono garantire l’integrità e la facilità di consultazione dei documenti;
- *Obbligo di durata delle pubblicazioni*, stabilita in 5 anni (fatti salvi i casi in cui la legge disponga diversamente);
- *Amministrazione trasparente*, che prevede l’obbligo per i siti istituzionali di creare un’apposita sezione (*Amministrazione trasparente*);
- *Piano triennale per trasparenza e integrità*, parte integrante e sostanziale del Piano di prevenzione della corruzione;
- *Pubblicazione dei curricula, stipendi e incarichi del personale dirigenziale*;
- *Accesso civico*, principio attraverso il quale i cittadini possono pretendere la pubblicazione di atti documenti e informazioni in possesso alla Pubblica Amministrazione P.A. che, per qualsiasi motivo, non sono stati ancora divulgati (fatte salve le eccezioni previste dalla norma);
- *Totale accessibilità delle informazioni*, mediante l’implementazione del modello offerto dal *Freedom of Information Act* statunitense, finalizzato ad assicurare l’accessibilità a qualsiasi documento o dato in possesso delle P.A. (salvo i casi previsti dalla legge).

—

^{xxi} Il codice deve contenere una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite, e comunque prevedere per tutti i dipendenti il divieto di chiedere o di accettare, a qualsiasi titolo, compensi, regali o altre utilità, in connessione con l’espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, fatti salvi i regali d’uso, purché di modico valore e nei limiti delle normali relazioni di cortesia.

^{xxii} La Giunta regionale, con deliberazione 1528/2014 “Risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e rilievo nazionale (art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662) Finanziamento anno 2013. Rimodulazione finanziamento delle linee progettuali”. ha vincolato risorse nell’ambito degli Obiettivi di Piano sanitario nazionale per l’implementazione nelle aziende sanitarie di un Codice etico, quale strumento per assicurare che le attività aziendali vengano svolte nell’osservanza della legge, con onestà, integrità, correttezza e buona fede, nel rispetto degli interessi legittimi degli utenti, dipendenti, collaboratori e partner contrattuali.

^{xxiii} **Organi delle Aziende Socio-sanitarie Liguri**

Art. 18 L.r. 41/2006. (Organi).

1. Sono organi dell’Azienda Socio-sanitaria Ligure:

- a) Il direttore generale;
- b) Il Collegio sindacale;
- c) Il Collegio di direzione.

Art. 19 L.r. 41/2006, come modificato dalla l.r. 27/2016 (Direttore generale).

-
1. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124 , in materia di dirigenza sanitaria) la Giunta regionale nomina il direttore generale tra i soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 della stesso d.lgs 171/2016 in possesso dei requisiti ivi stabiliti. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.
 - 1 bis. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016 , la Regione avvia la procedura di nomina rendendo noto, con apposito avviso pubblico sul sito istituzionale, l'incarico che intende attribuire ai fini della manifestazione d'interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui al comma 1. La Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della Commissione preposta alla valutazione dei candidati, nonché le modalità e i criteri di selezione della rosa di candidati da proporre al Presidente della Giunta regionale.
 - 1 ter. Non possono essere nominati coloro che si trovano nelle condizioni di incompatibilità o inconferibilità previste:
 - a) dall'articolo 3, comma 11, del d.lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
 - b) dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190);
 - c) dall'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 .
 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, nonché il direttore sociosanitario ai sensi della presente legge;
 - 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.

Art. 20. l.r. 41/2006 (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'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro 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.

Art. 21 l.r. 41/2006, come modificato dalla l.r. 27/2016 (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'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, 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) (*Omissis*)
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;
 - c bis) il direttore sociosanitario;
 - 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;
 - j bis) un medico di medicina generale convenzionato con la ASL di competenza, indicato dalle Organizzazioni sindacali di categoria .
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.

xxiv

Organi di A.Li.Sa

Art. 5 l.r. 17/2016 (Organi dell'Azienda).

1. Sono organi di A.Li.Sa.:
- a) il Direttore generale;
 - b) il Collegio sindacale.
 - b bis) il Collegio di direzione.

Art. 6 l.r. 17/2016 (Direttore generale).

1. Il direttore generale è nominato dalla Giunta regionale ai sensi della normativa per il conferimento degli incarichi di direttore generale, vigente all'atto della nomina.
2. Il Direttore generale è il legale rappresentante di A.Li.Sa., esercita i poteri di direzione e gestione e svolge, altresì, le funzioni di responsabile della GSA e le altre funzioni previste dalla presente legge, da leggi regionali o dalla Giunta regionale.
3. Il rapporto di lavoro del Direttore generale è regolato da un contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, che disciplina i casi di revoca, di risoluzione del contratto di lavoro e di vacanza dell'ufficio. Il trattamento economico annuo del Direttore generale è stabilito in conformità alla vigente normativa nazionale e regionale.
4. Il Direttore generale esercita i propri compiti direttamente o mediante delega secondo le previsioni dell'atto aziendale.
5. Spetta al Direttore generale l'adozione dei seguenti atti:
 - a) atto aziendale e conseguenti provvedimenti di attuazione;
 - b) nomina e revoca del Direttore sanitario, del Direttore amministrativo e del Direttore sociosanitario ai sensi della normativa vigente rispettivamente all'atto della nomina o della revoca;
 - c) nomina dei membri del Collegio sindacale ai sensi della vigente normativa in materia di Aziende sanitarie;
 - d) nomina dell'Organismo Interno di Valutazione o nucleo di valutazione;
 - e) dotazione organica di A.Li.Sa.;
 - f) nomina dei responsabili delle strutture di A.Li.Sa. e conferimento, sospensione e revoca degli incarichi;
 - g) atti di bilancio;
 - h) atti vincolanti il patrimonio e il bilancio per più di cinque anni;
 - i) regolamento sulla tenuta contabile della GSA di cui alla presente legge.
6. Spetta al Direttore generale l'adozione di ogni altro atto necessario al funzionamento di A.Li.Sa. previsto dalla presente legge o sulla base di funzioni attribuite dalle leggi regionali o dalla Giunta regionale.
7. Il Direttore generale esercita i poteri connessi alle funzioni di cui alla presente legge nelle forme e con le modalità stabiliti dall'atto aziendale e dai conseguenti provvedimenti attuativi.
8. L'atto aziendale determina l'organizzazione degli uffici e delle funzioni di A.Li.Sa.. L'atto aziendale può prevedere l'istituzione di comitati con funzioni propositive e consultive.
9. Il Direttore generale redige la relazione annuale sull'andamento della gestione di A.Li.Sa. e la presenta alla Giunta regionale che la trasmette alla competente Commissione consiliare.

Art. 7 l.r. 17/2016 (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. Il Collegio sindacale:
 - a. esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
 - b. vigila sull'osservanza delle disposizioni normative vigenti;
 - c. verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
 - d. accerta trimestralmente la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione e custodia;
 - e. svolge l'attività di terzo certificatore nei confronti della GSA e del bilancio consolidato ai sensi dell'articolo 22 del d.lgs. 118/2011 e successive modificazioni e integrazioni.
 3. Il Collegio verifica, in particolare, la regolarità amministrativa e contabile vigilando sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esprimendo valutazioni sul bilancio di esercizio per garantirne l'assetto organizzativo e contabile e l'adeguatezza.
 4. A.Li.Sa. può affidare la revisione contabile ad una società iscritta nel registro dei revisori dei conti ai sensi del decreto del Ministro della Salute 17 settembre 2012 (Certificabilità dei bilanci degli enti del servizio sanitario nazionale).
 5. Ai componenti del Collegio sindacale spetta una indennità annua lorda in misura non superiore a quella spettante ai componenti del Collegio sindacale delle Aziende sanitarie.

Art. 7 bis L.r. 17/2016 (Collegio di direzione)

1. Il Collegio di direzione, operante secondo quanto disposto dall'articolo 21 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è composto da:
 - a) il direttore generale;
 - b) il direttore sanitario;
 - c) il direttore amministrativo;
 - d) il direttore sociosanitario;
 - e) i direttori di Dipartimenti sanitario e sociosanitario;
 - f) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
 - g) gli altri componenti individuati dall'atto di autonomia aziendale.

xxv Art. 25 L.r. 41/2006 (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, del direttore sociosanitario, 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;(124)
 - 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.

xxvi Art. 32. (Articolazione dell'ASL e relative funzioni)

1. L'ASL si articola in distretti, presidi ospedalieri, area dipartimentale di prevenzione e, inoltre, si organizza in Dipartimenti secondo quanto previsto dal Capo V.
2. I distretti provvedono a:
 - a) valutare, nel rispetto delle competenze di A.Li.Sa. ai sensi della L.r. 17/2016 , i bisogni e le domande di prestazioni e servizi della popolazione di riferimento;
 - b) assicurare l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie 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.
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.
4. L'area dipartimentale di prevenzione provvede in particolare 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.
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.

Art. 33. l.r. 41/2006 (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.

Art. 37 l.r. 41/2006, come modificato dalla l.r. 27/2016 (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. Al presidio ospedaliero può essere preposto il direttore sanitario dell'Azienda sociosanitaria, purché in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia, ovvero un dirigente medico responsabile di struttura complessa, in possesso dei medesimi requisiti, a tal fine nominato dal direttore generale.
5. Il direttore sanitario o il dirigente medico di cui al comma 4 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 direttore sanitario o il dirigente medico di cui al comma 4 coordina la rete ospedaliera. Tale coordinamento, per i dirigenti medici che sono già dirigenti di struttura complessa, determina a tutti gli effetti l'equiparazione a un direttore di dipartimento, fatto salvo quanto disposto dai contratti collettivi nazionali in materia.

Art. 26 l.r. 41/2006 (Attività Ospedaliera)

1. L'attività ospedaliera del Servizio Sanitario Regionale è svolta dalle Aziende sanitarie locali attraverso i propri Presidi ospedalieri e dai seguenti soggetti:
 - a) IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro;
 - b) Istituto Giannina Gaslini IRCCS;
 - c) Ente Ospedaliero Ospedali Galliera;
 - d) Ospedale Evangelico Internazionale.
2. I soggetti di cui al comma 1, lettere da a) a d) perseguono la loro missione aziendale definendo la propria organizzazione tenendo conto:
 - a) degli atti di programmazione regionale;
 - b) delle funzioni di emergenza e di alta specialità attribuite;
 - c) della complessità della casistica trattata;
 - d) delle attività di ricerca e di didattica.
3. In particolare i soggetti di cui al comma 1, lettere da a) a d):
 - 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.
4. I soggetti di cui al comma 1 realizzano collegamenti funzionali e forme di integrazione e di coordinamento al fine di garantire agli assistiti percorsi assistenziali di diagnosi, cura e riabilitazione integrati e tempestivi.
5. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta, può costituire nuove Aziende ospedaliere ovvero sopprimerle o modificarle.

Art. 43. l.r. 41/2006 (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 ai sensi dell'articolo 7 quater del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni prevede strutture organizzative dedicate a:(110)
 - 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.
 - e bis) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

xxviii Articolo 1, Comma 524, L. 208/2015

- In vigore dal 1 gennaio 2017 Ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario ad acta, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:
- a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 17 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 17 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526; (105)
 - b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.