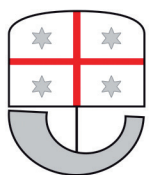




REPUBBLICA ITALIANA



BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LIGURIA

PUBBLICATO DALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE - ASSEMBLEA
LEGISLATIVA DELLA LIGURIA - VIA FIESCHI 15 - GENOVA

Direzione, Amministrazione: Tel. 010-54.851

Redazione: Tel. 010 5485663 - 4974 - 4038

PARTE PRIMA

Atti di cui all'art. 3 della Legge Regionale 24 dicembre 2004, n 32

SOMMARIO

LEGGE REGIONALE 12 DICEMBRE 2025, N. 18

Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all'articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT)).. . . . pag. 2

LEGGE REGIONALE 12 DICEMBRE 2025, N. 18

Disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale e modifica all'articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT))

Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria ha approvato.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
promulga

la seguente legge regionale:

Articolo 1

(Sostituzione dell'articolo 1 della legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale) e altre disposizioni di riordino del servizio sanitario regionale)

1. L'articolo 1 della l.r. 41/2006, è sostituito dal seguente:

“Articolo 1

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge disciplina il riordino del servizio sanitario regionale (SSR) definendone il modello di governo, l'organizzazione e le funzioni, al fine di garantire la piena attuazione del diritto alla salute, in base ai principi di equità, universalità, prossimità e sostenibilità, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione e dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) con i principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e in attuazione dell'articolo 2 dello Statuto della Regione Liguria.
2. Il SSR persegue:
 - a) l'erogazione uniforme e omogenea dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sull'intero territorio regionale;
 - b) un'organizzazione di servizi coerente con le caratteristiche geografiche, demografiche e infrastrutturali della Liguria che consenta un'offerta adeguata alle necessità rilevate o espresse;
 - c) la tempestività ed equità nell'erogazione dei servizi, attraverso la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie;
 - d) il rafforzamento della medicina territoriale e della rete dei servizi di prossimità, che avvicini le prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai cittadini e ai contesti locali;
 - e) la sostenibilità e l'equilibrio territoriale della rete ospedaliera secondo criteri di appropriatezza.
3. A tal fine, la Regione promuove:
 - a) un sistema integrato di tutela della salute che assicuri una risposta unitaria ai bisogni della persona, garantendo la multidimensionalità della presa in carico e la continuità assistenziale nei diversi setting di cura;

- b) la realizzazione di modelli organizzativi territoriali che realizzino la piena integrazione tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale, attraverso l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e la piena operatività dei punti unici di accesso (PUA);
- c) l'adozione di modelli innovativi di assistenza, lo sviluppo della telemedicina e dei servizi digitali territoriali;
- d) il miglioramento continuo della qualità, dell'adeguatezza e dell'efficacia dei servizi sanitari e sociosanitari;
- e) la valorizzazione della solidarietà, della sussidiarietà, dell'universalità, dell'equità e dell'empowerment del cittadino, inteso come processo che riconosce il cittadino quale soggetto attivo nella promozione della propria salute e nella partecipazione ai processi decisionali del sistema sanitario regionale, nonché nella co-progettazione con le comunità locali, con il terzo settore e con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati aventi pari diritti e poteri, attraverso forme di partecipazione attiva e competente ai processi di programmazione e di miglioramento delle condizioni di salute del territorio;
- f) la diffusione della cultura della salute e del benessere, orientata alla prevenzione e ai corretti stili di vita, che valorizzi il ruolo attivo dei cittadini, delle scuole, delle comunità locali e delle reti territoriali nella costruzione di ambienti di vita sani e sostenibili, nella promozione della salute e nella riduzione dei fattori di rischio in un sistema di prossimità integrato;
- g) la ricerca come garanzia per il cittadino dell'adozione di percorsi e cure basati su evidenze scientifiche e mezzo per promuovere l'innovazione tecnologica, il trasferimento tecnologico e la personalizzazione delle cure, migliorando la qualità della vita.”.

Articolo 2

(Modifiche all'articolo 2 della l.r. 41/2006)

1. Al comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:

- a) la lettera d), è sostituita dalla seguente:

“d) Aziende sanitarie: l'Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria), le aziende ospedaliere-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), di cui alla legge regionale 31 marzo 2006, n. 7 (Ordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione), IRCCS Azienda ospedaliera metropolitana (AOM) articolato in ospedale Policlinico San Martino, ospedale Galliera, ospedale Villa Scassi ed Erzelli, nonché l'IRCCS Istituto Giannina Gaslini;”;

- b) alla fine della lettera d bis), sono aggiunte le parole: “, dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile”;

- c) alla lettera f), le parole: “30 luglio 1999, n. 20 (norme in materia di autorizzazione, vigilanza ed accreditamento per i presidi sanitari e socio sanitari, pubblici e privati. Recepimento del d.P.R. 14 gennaio 1997) e successive modificazioni ed integrazioni” sono sostituite dalle seguenti: “11 maggio 2017, n. 9 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private)”;

- d) la lettera g), è abrogata;

- e) dopo la lettera h), è inserita la seguente:

“h bis) istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS): enti del servizio sanitario nazionale a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza;”;

- f) la lettera k), è sostituita dalla seguente:

- “k) distretto sociosanitario: la dimensione territoriale in cui si integrano i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e si realizza la presa in carico unitaria della persona, superando la frammentazione tra sanitario e sociale, in stretto raccordo con i comuni;”;
- g) la lettera l), è sostituita dalla seguente:
- “l) area sociosanitaria locale (ASL), distretto sanitario e presidio ospedaliero: le articolazioni aziendali su base territoriale con autonomia tecnico gestionale, soggette a rendicontazione analitica all'interno del bilancio aziendale;”.

Articolo 3

(Sostituzione dell'articolo 5 della l.r. 41/2006)

1. L'articolo 5 della l.r. 41/2006, è sostituito dal seguente:

“Articolo 5

(Piano sanitario e sociale integrato regionale)

1. Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria approva il piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria di cui all'articolo 13, della Conferenza dei Sindaci di ATS Liguria e dell'organismo unitario del terzo settore.
2. Il PSSIR è elaborato in coerenza con il piano sanitario nazionale, il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e il piano nazionale per la non autosufficienza tenuto conto dei collegamenti con la programmazione regionale in materia educativa, formativa e della promozione al lavoro.
3. Il PSSIR definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del SSR e dei servizi sanitari e sociali in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione e rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale.
4. Il PSSIR individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del SSR e dei servizi sociali.
5. Per le politiche sanitarie, in particolare sono definiti:
 - a) gli obiettivi di salute, le aree di intervento prioritarie, le esigenze di salute rilevate o espresse;
 - b) i livelli di assistenza definiti attraverso indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali, standard di servizi, pacchetti assistenziali integrati;
 - c) l'organizzazione di dettaglio del SSR;
 - d) i criteri per la definizione dei programmi di intervento e dei progetti obiettivo di rilievo regionale di cui all'articolo 6;
 - e) il quadro delle risorse finanziarie da destinare nel periodo di vigenza al SSR;
 - f) gli indicatori e i parametri per la verifica della qualità e dei costi delle prestazioni erogate, nonché per la valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi fissati.
6. Il PSSIR è composto da stralci funzionali che possono essere approvati separatamente dal Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria.
7. Lo stralcio relativo all'organizzazione della rete di cura e di assistenza, in coerenza con le linee e gli indirizzi della pianificazione generale, prevede, in particolare:
 - a) l'adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard previsti dalla normativa nazionale con particolare riguardo alla dotazione dei posti letto e ai tassi di ospedalizzazione;
 - b) la determinazione delle componenti organizzative e delle dimensioni operative del sistema di emergenza sanitaria;

- c) la missione, le funzioni delle aziende sanitarie e dei presidi ospedalieri in modo da garantire:
 - 1) la reciproca complementarità in ragione dei criteri di intensità assistenziale e di specializzazione dei presidi;
 - 2) la concentrazione delle prestazioni a più elevata complessità in un numero limitato di centri di alta specialità;
 - 3) l'erogazione delle restanti prestazioni in presidi ospedalieri fortemente integrati con i centri di alta specialità;
 - 4) il rapporto fra assistenza ospedaliera e territoriale secondo i principi della presa in carico e della continuità assistenziale.
- 8. Per le politiche sociali in particolare sono definiti:
 - a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, anche con riferimento alle politiche sociosanitarie integrate e i fattori di rischio sociale da contrastare;
 - b) le modalità di attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale ed il collegamento con i livelli essenziali di assistenza sociosanitari, le aree di priorità assistenziale, le modalità di accesso ai servizi, le forme di integrazione con la scuola, la formazione, le politiche per il lavoro e per la casa;
 - c) le priorità regionali di intervento, nonché le sperimentazioni e i servizi innovativi;
 - d) gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo della rete di promozione e protezione sociale e la definizione dei rapporti con le politiche di sviluppo locale, che concorrono al miglioramento della qualità di vita dei cittadini;
 - e) gli indirizzi e le procedure per la predisposizione dei piani di zona;
 - f) i parametri organizzativi e l'aggiornamento del personale;
 - h) gli indirizzi generali per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni sociali;
 - i) gli indirizzi per favorire l'adozione di criteri omogenei per l'accesso alle prestazioni sociali;
 - j) i criteri generali per l'accreditamento delle strutture e dei servizi sociali;
 - k) i criteri per la ripartizione agli ambiti territoriali sociali delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi, sulla base di parametri identificati in relazione ai seguenti elementi:
 - 1) perseguimento delle migliori prestazioni sociali, a partire dai livelli essenziali omogenei sul territorio regionale;
 - 2) compartecipazione alla spesa per interventi e servizi sociali e sociosanitari da parte delle amministrazioni locali;
 - 3) intensità della gestione associata e integrata dei servizi sociali e sociosanitari nell'ambito territoriale sociale;
 - 4) bisogni di assistenza in rapporto con la situazione demografica e territoriale delle diverse aree geografiche;
 - 5) indicatori sulle entrate, anche potenziali, delle comunità locali e conseguenti azioni per un riequilibrio solidale in favore delle realtà con maggiore disagio.
- 9. Il PSSIR conserva efficacia anche dopo la sua scadenza, fino all'approvazione del successivo piano.”.

Articolo 4

(Modifiche all'articolo 9 della l.r. 41/2006)

1. Al comma 1 dell'articolo 9 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:

- a) il primo periodo dell'alinea, è sostituito dal seguente: "La Regione esercita il controllo sugli atti dell'ATS Liguria, degli IRCCS pubblici, anche se trasformati in fondazioni, e delle aziende ospedaliere universitarie integrate con il servizio sanitario nazionale.";
- b) alla lettera a), le parole: "e successive modificazioni e integrazioni, se trattasi di Azienda sanitaria locale o di Azienda ospedaliera" sono soppresse.

Articolo 5

(Modifiche all'articolo 9 bis della l.r. 41/2006)

- 1. Al comma 1 dell'articolo 9 bis della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) all'alinea, le parole: "delle Aziende sociosanitarie liguri, Aziende ospedaliere" sono sostituite dalle seguenti: "di ATS Liguria" e le parole: "nonché di Liguria Salute" sono soppresse;
 - b) la lettera a), è abrogata.

Articolo 6

(Modifiche all'articolo 13 della l.r. 41/2006)

- 1. All'articolo 13 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla rubrica, le parole: "e composizione" sono soppresse;
 - b) al comma 2, le parole: "in particolare, esprime pareri obbligatori su" sono sostituite dalle seguenti: "esprime i pareri obbligatori ai sensi della normativa nazionale e regionale, in particolare su";
 - c) le lettere e) e f) del comma 2, sono abrogate;
 - d) i commi 3, 4 e 5, sono abrogati.

Articolo 7

(Modifiche all'articolo 14 della l.r. 41/2006)

- 1. All'articolo 14 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla lettera a) del comma 1, le parole: "dell'ASL" sono sostituite dalle seguenti: "dell'ATS Liguria, delle ASL";
 - b) alla lettera b) del comma 1, le parole: "dalle Aziende sociosanitarie liguri" sono sostituite dalle seguenti: "dall'ATS Liguria e dalle ASL";
 - c) al comma 1 bis, dopo le parole: "Organismo consultivo composto" sono inserite le seguenti: "dal Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria," e dopo le parole: "Conferenze dei Sindaci" sono inserite le seguenti: "delle ASL".

Articolo 8

(Inserimento degli articoli 14 bis, 14 ter e 14 quater alla l.r. 41/2006)

- 1. Dopo l'articolo 14 della l.r. 41/2006, sono inseriti i seguenti:

"Articolo 14 bis
(Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria)

 - 1. La Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria, istituita ai sensi dell'articolo 3, comma 14, del d.lgs. 502/1992 e dell'articolo 12 della legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) esprime i bisogni sociosanitari delle comunità locali e corrisponde alle esigenze sanitarie della popolazione ed elegge a maggioranza il proprio Presidente.

2. Per lo svolgimento delle funzioni attribuite, la Conferenza dei Sindaci si avvale del soggetto rappresentativo e associativo dei comuni in ambito regionale. La Giunta regionale, sentita la Conferenza permanente di cui all'articolo 13, emana linee guida per l'adozione del regolamento di funzionamento della Conferenza di cui al comma 1.
3. Entro novanta giorni dalla data di costituzione, la Conferenza dei Sindaci approva il proprio regolamento di funzionamento e lo trasmette alla Giunta regionale. Qualora non vi provveda, le modalità di funzionamento sono determinate dalla Giunta regionale medesima.

Articolo 14 ter

(Funzioni della Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria)

1. La Conferenza dei Sindaci dell'ATS Liguria, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, garantisce la concertazione e la cooperazione tra l'ATS Liguria e gli enti locali. A tal fine contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività dell'ATS Liguria e a definire, altresì, la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
2. I seguenti atti dell'ATS Liguria, in coerenza con i tempi e le modalità fissati dalla normativa nazionale in materia, sono approvati con parere della Conferenza dei Sindaci:
 - a) piano strategico aziendale;
 - b) bilancio pluriennale di previsione, bilancio di previsione economico annuale e bilancio consuntivo di esercizio;
 - c) piano attuativo annuale.
3. In relazione al bilancio di previsione economico annuale e al bilancio consuntivo di esercizio la Conferenza esprime un parere fermo restando che la Giunta regionale può comunque procedere all'approvazione nei tempi previsti dalla normativa nazionale.
4. La Conferenza dei Sindaci provvede, altresì, a:
 - a) esprimere il proprio parere sullo PSSIR;
 - b) determinare, d'intesa con il direttore generale, l'ambito territoriale dei distretti sociosanitari sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 5, lettera c);
 - c) condividere preventivamente con il direttore dell'ATS Liguria la definizione e gli indirizzi del piano delle attività, verificarne l'andamento generale, trasmettendo le proprie osservazioni e proposte allo stesso;
 - d) esprimere alla Giunta regionale il parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6, del d.lgs. 502/1992 per la conferma del direttore generale dell'ATS Liguria;
 - e) richiedere alla Giunta regionale, con decisione assunta con una maggioranza che rappresenti il 90 per cento della popolazione e il 90 per cento dei comuni rappresentati, la revoca del direttore dell'ATS Liguria ovvero di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto, nel caso di mancata attuazione del piano attuativo annuale;
 - f) analizzare la relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'ATS Liguria trasmessa dal collegio sindacale, come previsto dall'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992;
 - g) adottare linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di intesa e di coordinamento;
 - h) garantire che gli accordi per l'esercizio delle attività sociosanitarie abbiano copertura economica.

Articolo 14 quater
(Collaborazione dei comuni)

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

Articolo 9
(Sostituzione degli articoli 15 e 16 della l.r. 41/2006)

1. Gli articoli 15 e 16 della l.r. 41/2006, sono sostituiti dai seguenti:

“Articolo 15
(Conferenza dei Sindaci delle ASL)

1. La Conferenza dei Sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna ASL esprime i bisogni sociosanitari delle comunità locali e corrisponde alle esigenze sanitarie della popolazione.
2. Per lo svolgimento delle funzioni attribuite, la Conferenza dei Sindaci si avvale del soggetto rappresentativo e associativo dei comuni in ambito regionale.
3. La Presidenza della Conferenza dei Sindaci viene prioritariamente attribuita al Sindaco del Comune capoluogo di Provincia e, in subordine, al Sindaco del Comune individuato a maggioranza dalla Conferenza dei Sindaci.

Articolo 16
(Funzioni della Conferenza dei Sindaci delle ASL)

1. La Conferenza dei Sindaci, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, garantisce la cooperazione tra le ASL e gli enti locali. A tal fine contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle ASL e a definire, altresì, la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
2. La Conferenza dei Sindaci provvede, altresì, a:
 - a) proporre al direttore di ASL, l'ambito territoriale dei distretti sociosanitari sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 2, lettera c);
 - b) condividere con il direttore dell'area, esprimendo parere obbligatorio non vincolante, la definizione e gli indirizzi del piano delle attività, verificarne l'andamento generale, la gestione del relativo budget assegnato, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte allo stesso;
 - c) esprimere al direttore generale dell'ATS Liguria, tramite il Presidente della Conferenza dei Sindaci, parere obbligatorio non vincolante in merito alla nomina, conferma e revoca del direttore di area;
 - d) adottare linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di intesa e di coordinamento;
 - e) garantire che gli accordi per l'esercizio delle attività sociosanitarie abbiano copertura economica;
 - f) condividere l'attuazione del programma di edilizia sanitaria, anche in relazione alla creazione di alloggi dedicati per il personale sanitario.”.

Articolo 10

(Sostituzione del Capo IV del Titolo II della l.r. 41/2006)

1. Il Capo IV del Titolo II della l.r. 41/2006, è sostituito dal seguente:

“CAPO IV
AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Articolo 17

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

1. Al fine di promuovere la tutela della salute, assicurare livelli di assistenza adeguati e uniformi sul territorio regionale e garantire una presa in carico attiva e continuativa delle persone in condizione di fragilità, a decorrere dal 1° gennaio 2026, Liguria Salute, di cui alla l.r. 17/2016 e le Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 sono fuse. Dalla data di fusione, le Aziende sociosanitarie liguri sono incorporate in Liguria Salute, che assume il nome di Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria) e subentra a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività, nelle funzioni e nei rapporti giuridici attivi e passivi, interni ed esterni delle aziende incorporate.
2. Il patrimonio delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5, costituito dai beni mobili e immobili a esse appartenenti, comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, è trasferito all'ATS Liguria, salvo quanto previsto all'articolo 26, comma 5, con riferimento all'ospedale Villa Scassi. La presente legge costituisce titolo per la trascrizione ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del d.lgs. 502/1992.

Articolo 17 bis

(Funzioni e organizzazione dell'ATS Liguria)

1. La Regione, attraverso l'ATS Liguria, promuove la tutela della salute della popolazione e provvede alla gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, nonché all'omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale. ATS Liguria è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.
2. Sono articolazioni aziendali dell'ATS Liguria:
 - a) cinque aree sociosanitarie locali (ASL) disciplinate all'articolo 17 ter;
 - b) un'area di gestione dei servizi accentrati - operation management (di seguito: area Liguria Salute) disciplinata dall'articolo 17 quater.
3. L'ATS Liguria, nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 8 provvede a:
 - a) erogare, attraverso le ASL i servizi di cui all'articolo 17 ter;
 - b) svolgere, attraverso l'area Liguria Salute, le funzioni di cui all'articolo 17 quater sia a favore delle aree dell'ATS Liguria, sia a vantaggio dell'intero SSR;
 - c) elaborare gli indirizzi operativi per l'attività delle ASL, gli obiettivi e definire le risorse a esse attribuiti;
 - d) stipulare gli accordi e i contratti con i soggetti accreditati pubblici e privati ai sensi del d.lgs. 502/1992, favorendo il rispetto degli obiettivi di qualità ed efficienza, nell'ottica di un approccio che possa rispondere ai sopravvenuti bisogni sanitari;
 - e) monitorare i bisogni del territorio e la corrispondenza agli stessi dell'offerta, dei volumi delle prestazioni nonché degli accordi contrattuali;

- f) garantire i rapporti di informazione e collaborazione con gli enti locali integrando la risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali assicurati dai comuni;
 - g) garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
 - h) perseguire economicità ed efficienza produttiva anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del fondo sanitario regionale attribuite;
 - i) favorire l'inserimento degli operatori sanitari e sociosanitari nelle Case di comunità, provvedendo a relazionare annualmente alla Commissione consiliare regionale competente per materia.
4. All'interno dell'ATS Liguria le attività di prevenzione sono erogate nell'ambito del dipartimento di prevenzione di cui all'articolo 43, il quale si articola in un modello a rete di erogazione dei servizi finalizzato a favorire la prossimità sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute, a promuovere la consapevolezza e l'autodeterminazione della persona (empowerment) per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita secondo una visione one health che considera la salute in rapporto all'ambiente come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile.
5. Al fine di facilitare l'integrazione sociosanitaria e l'efficientamento delle risorse professionali e strumentali dei servizi, si prevedono accordi tra il SSR (ASL) e i comuni (ambiti territoriali sociali) per facilitare l'accesso dei cittadini attraverso i punti unici di accesso (PUA), all'interno delle Case della comunità con il supporto del terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata.
6. A ciascuna area è preposto un direttore di area ai sensi degli articoli 24 bis e 24 ter.
7. L'organizzazione e il funzionamento dell'ATS Liguria sono disciplinati dalla presente legge, nonché dall'atto aziendale di cui all'articolo 25.

Articolo 17 ter

(Aree sociosanitarie locali (ASL))

1. Al fine di garantire il perseguimento dei LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione sociosanitaria e il coordinamento con le attività sociosanitarie e sociali, l'ATS Liguria si articola in cinque ASL.
2. Le ASL costituiscono articolazioni organizzative dell'ATS Liguria, sono dotate di autonomia gestionale e operativa secondo gli indirizzi aziendali e sulla base degli obiettivi e delle risorse ad esse attribuiti. Le ASL hanno il compito di assicurare alla popolazione le prestazioni incluse nei LEA e l'equo accesso ai servizi svolgendo funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione sociosanitaria nel territorio di riferimento.
3. Gli ambiti territoriali delle ASL sono cinque e corrispondono ai territori già afferenti alle cinque Aziende sociosanitarie liguri e, in particolare:
 - a) ASL 1: area sociosanitaria locale 1;
 - b) ASL 2: area sociosanitaria locale 2;
 - c) ASL 3: area sociosanitaria locale 3;
 - d) ASL 4: area sociosanitaria locale 4;
 - e) ASL 5: area sociosanitaria locale 5.
4. Le ASL svolgono, in particolare, le seguenti funzioni:
 - a) concorrono alla definizione degli obiettivi di salute da parte di ATS Liguria, nell'ambito della pianificazione aziendale;

- b) effettuano, anche per il tramite dei distretti sociosanitari, l'analisi dei bisogni locali e la definizione dei volumi di attività e degli obiettivi assistenziali relativi al territorio di riferimento;
 - c) erogano, nel limite delle risorse assegnate dall'ATS Liguria, le prestazioni e i servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria e, in particolare:
 - 1) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
 - 2) assistenza distrettuale;
 - 3) assistenza ospedaliera;
 - 4) prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3 septies, comma 4, del d.lgs. 502/1992;
 - 5) servizi di emergenza sanitaria sul territorio;
 - d) coordinano le attività territoriali e ospedaliere dell'area di riferimento, svolgendo funzioni di raccordo tra le attività distrettuali e dipartimentali con l'attività dei presidi ospedalieri, con l'attività dell'area Liguria Salute e con il sistema integrato dei servizi alla persona;
 - e) garantiscono e promuovono la partecipazione dei cittadini alle funzioni di ASL;
 - f) organizzano la presa in carico e i percorsi assistenziali delle persone in condizioni di cronicità e di fragilità assicurando risposte integrate ai bisogni complessi sociosanitari;
 - g) provvedono alla rilevazione, all'orientamento e alla valutazione della domanda sanitaria e sociosanitaria, alla verifica del grado di soddisfacimento della stessa, nonché alla valutazione complessiva dei consumi nel territorio di riferimento;
 - h) gestiscono, secondo gli indirizzi aziendali, i processi di budget dell'area.
5. L'organizzazione e il funzionamento delle ASL sono disciplinati dall'atto di autonomia aziendale dell'ATS Liguria.

Articolo 17 quater
(Area Liguria Salute)

1. L'area Liguria Salute dell'ATS Liguria, sulla base degli atti di indirizzo della Regione e dell'atto aziendale, svolge, a livello centralizzato, a favore di tutte le aree, le attività amministrative non direttamente connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie, ivi comprese la gestione del personale, la contabilità e il bilancio.
2. Svolge inoltre, a vantaggio dell'intero SSR, le seguenti funzioni:
 - a) gestione unitaria e centralizzata delle procedure di reclutamento e di amministrazione del personale;
 - b) gestione unitaria e centralizzata della rete logistica distributiva e dell'anagrafica unica regionale per l'automazione e centralizzazione dei magazzini e dei fornitori del SSR nonché attività di facility management;
 - c) centrale regionale d'acquisto per la sanità (CRAS), quale centrale di committenza;
 - d) approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici destinati alla distribuzione in nome e per conto del SSR;
 - e) gestione delle attività di istruttoria tecnica ai fini dell'autorizzazione e accreditamento previste dalla l.r. 9/2017;
 - f) attività ispettive, di vigilanza e verifica nei confronti delle aziende ed enti del SSR nonché dei soggetti accreditati convenzionati, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, anche con riferimento all'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
 - g) promozione e coordinamento della ricerca scientifica in materia sanitaria e biomedica e supporto nella gestione di progetti di ricerca in campo sanitario a livello regionale;
 - h) servizi tecnici per la valutazione della health technology assessment (HTA) ai sensi del regolamento (UE) 2021/2282 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 dicembre 2021, relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie e che modifica la direttiva

2011/24/UE, nonché supporto agli enti del SSR per l'acquisto di tecnologie sanitarie e servizi;

- i) supporto tecnico in materia di rischio clinico-sanitario, gestione del fondo regionale in autorizzazione, coordinamento delle attività definite dai provvedimenti attuativi del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 15 dicembre 2023, n. 232 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati) e gestione amministrativa del Comitato regionale sinistri;
- j) gestione amministrativa del Comitato etico regionale di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute) e di cui all'articolo 77;
- k) predisposizione di appositi accordi affinché nei locali di proprietà degli enti del SSR, o in uso dagli stessi, non dedicati all'assistenza sanitaria, vengano individuati idonei spazi da adibire a foresterie per operatori sanitari e medici in formazione specialistica che operano professionalmente e/o formativamente nell'ambito di ASL dove sono situati i locali di cui in precedenza;
- l) predisposizione di appositi accordi non onerosi con l'Azienda regionale territoriale per l'edilizia (ARTE) per le attività di manutenzione ordinaria e/o straordinaria, oltre che di regolamentazione delle assegnazioni, dei locali di cui alla lettera k) agli operatori sanitari e medici in formazione specialistica aventi diritto;
- m) coordinamento del sistema di emergenza sanitaria regionale 112 – 118 ai sensi dell'articolo 17 bis del d.lgs. 502/1992 e delle attività connesse, assicurando i LEA relativi a:
 - 1) emergenza - urgenza extra ospedaliera;
 - 2) trasporti sanitari in emergenza - urgenza, incluso il trasporto di organi e di tessuti destinati ai trapianti;
 - 3) attività del numero unico armonizzato 116 - 117, numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura;
- n) coordinamento delle attività di laboratorio analisi e diagnostica per immagini su tutto il territorio ligure;
- o) attività di supporto operativo e di consulenza tecnico scientifica, in particolare attraverso studi, ricerche e istruttorie di progetti utili alla programmazione regionale;
- p) attività di analisi e studio della ricaduta a livello territoriale della quota capitaria tra le ASL, al fine di valutare eventuali elementi correttivi, affinché vengano garantite su tutto il territorio regionale l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Articolo 18 (Organi)

1. Sono organi dell'ATS Liguria:
 - a) il direttore generale;
 - b) il collegio sindacale;
 - c) il collegio di direzione.

2. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore sociosanitario, ai sensi di quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.
3. Il direttore sanitario è coadiuvato dal direttore del dipartimento ospedaliero, il quale sovrintende all'erogazione dei servizi resi dai presidi ospedalieri.

Articolo 19

(Direttore generale dell'ATS Liguria)

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, nonché del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria) la Giunta regionale nomina il direttore generale tra i soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 dello stesso d.lgs. 171/2016 in possesso dei requisiti ivi stabiliti. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.
2. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 1, del d.lgs. 171/2016, la Regione avvia la procedura di nomina rendendo noto, con apposito avviso pubblico sul sito istituzionale, l'incarico che intende attribuire ai fini della manifestazione d'interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui al comma 1. La Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della commissione preposta alla valutazione dei candidati, nonché le modalità e i criteri di selezione della rosa di candidati da proporre al Presidente della Giunta regionale.
3. Non possono essere nominati coloro che si trovano nelle condizioni di incompatibilità o inconferibilità previste:
 - a) dall'articolo 3, comma 11, del d.lgs. 502/1992;
 - b) dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190);
 - c) dall'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario) convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.
4. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992.
5. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza dell'ATS Liguria.
6. Il direttore generale nomina:
 - a) i membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, effettuando la prima convocazione del collegio;
 - b) il direttore amministrativo e il direttore sanitario, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 8, del d.lgs. 502/1992, nonché il direttore sociosanitario ai sensi della presente legge;
 - c) i direttori delle aree;
 - d) i direttori e i responsabili delle strutture complesse e conferisce e revoca gli incarichi di responsabilità aziendali.
7. Il direttore generale adotta, previo parere obbligatorio del collegio di direzione:
 - a) l'atto di autonomia aziendale e le sue modifiche e integrazioni;
 - b) il piano strategico triennale;

- c) gli atti del bilancio;
 - d) i piani attuativi;
 - e) gli atti di amministrazione straordinaria o che, comunque, comportino variazioni nella consistenza patrimoniale dell'ATS Liguria.
8. Il direttore generale approva il programma delle attività territoriali (PAT) di cui all'articolo 36 predisposto dal direttore di ASL.
 9. Il direttore generale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione nonché della corretta ed economica gestione dell'ATS Liguria.
 10. Il direttore generale trasmette alla Regione gli atti di cui al comma 7 per gli adempimenti di legge e assolve ad ogni altro obbligo informativo definito dalle direttive della Regione.
 11. In considerazione della complessità e rilevanza dei compiti e delle funzioni attribuite al direttore generale dell'ATS Liguria, la Giunta regionale ne determina il trattamento economico complessivo in misura non superiore al limite massimo retributivo del personale pubblico di cui all'articolo 13 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale) convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Articolo 20

(Collegio sindacale)

1. La composizione, la funzione e la durata del collegio sindacale sono fissati dall'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992.
2. La qualità di membro del collegio sindacale è incompatibile con qualunque carica istituzionale elettiva nell'area di riferimento dell'ATS Liguria.

Articolo 21

(Collegio di direzione)

1. Il collegio di direzione svolge compiti relativi al governo delle attività cliniche e all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, all'innovazione e valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca.
2. Il collegio di direzione in tali ambiti, in particolare:
 - a) elabora proposte e concorre con la direzione aziendale alla definizione dell'atto aziendale, dei piani attuativi e dei bilanci;
 - b) definisce indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;
 - c) indica soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;
 - d) concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
 - e) supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'ATS Liguria;
 - f) effettua le nomine di sua competenza dei componenti delle commissioni di concorso o di selezione del personale ai sensi della vigente normativa in materia.
3. Il direttore generale ha l'obbligo di convocare il collegio di direzione non meno di quattro volte l'anno e ogni qualvolta sia richiesto da almeno i due terzi dei componenti.
4. Il collegio di direzione è composto da:
 - a) il direttore generale, che lo presiede e ne determina l'attività;
 - b) il direttore sanitario;
 - c) il direttore amministrativo;
 - d) il direttore sociosanitario;
 - e) i direttori delle aree;
 - f) il direttore del dipartimento ospedaliero;

- g) i direttori dei dipartimenti sanitari;
 - h) i dirigenti medici responsabili di presidio ospedaliero;
 - i) i direttori di distretto;
 - j) il responsabile dell'area infermieristica;
 - k) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
 - l) un responsabile per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) a eccezione dell'area infermieristica di cui alla lettera j);
 - m) un medico di medicina generale e un pediatra di libera scelta convenzionati con l'ATS Liguria, indicati dalle organizzazioni sindacali di categoria;
 - n) un rappresentante della medicina specialistica ambulatoriale;
 - o) un medico veterinario.
5. I responsabili di cui al comma 4, lettere k) e l), sono individuati dal direttore generale con procedure elettive definite dalla Giunta regionale.
6. L'atto d'autonomia aziendale disciplina:
- a) le modalità di funzionamento e la convocazione periodica dell'organo;
 - b) la partecipazione all'azione di governo;
 - c) la formulazione di pareri e proposte.

Articolo 22

(Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario)

1. Nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992, nonché del d.lgs. 171/2016, il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario, che lo coadiuvano nell'esercizio delle proprie funzioni. I requisiti, le incompatibilità e le inconferibilità alla carica e le funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono disciplinati dagli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992, nonché dal d.lgs. 39/2013 e dall'articolo 5, comma 9, del d.l. 95/2012. Ai fini della nomina a direttore sociosanitario occorre essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea ai sensi del previgente ordinamento e aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione. Al direttore sociosanitario si applica la disciplina delle incompatibilità e delle inconferibilità alla carica previste per il direttore amministrativo e sanitario.
2. L'incarico di direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.
3. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, del d.lgs. 502/1992.
4. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario sono preposti, per la parte di rispettiva competenza, all'organizzazione dei servizi e delle aree di riferimento, garantendo, in raccordo con la direzione generale e sulla base degli indirizzi emessi dalla stessa, il conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale.
5. Il direttore amministrativo sovrintende agli aspetti economici, finanziari e amministrativi aziendali.
6. Il direttore sanitario presiede agli aspetti igienici e sanitari aziendali.
7. Il direttore sanitario e il direttore sociosanitario presiedono alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni rese, ciascuno nell'ambito della propria area di competenza, e concorrono all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale e il territorio.

8. Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario cessano dall'incarico entro tre mesi dalla nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.
9. In caso di assenza o impedimento del direttore amministrativo o sanitario oppure sociosanitario le rispettive funzioni sono svolte da un dirigente di struttura complessa designato dal direttore generale.
10. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.
11. Il compenso del direttore sanitario, amministrativo e sociosanitario è determinato dalla Giunta regionale in misura non superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, ai sensi dell'articolo 19.

Articolo 23

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

1. Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario attingendo agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016.
2. Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016, la Giunta regionale definisce le modalità di costituzione della commissione preposta alla valutazione dei candidati.

Articolo 24

(Consiglio dei sanitari)

1. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario.
2. Il consiglio dei sanitari esprime parere:
 - a) sull'atto di autonomia aziendale e sui piani attuativi aziendali;
 - b) sulle materie individuate dall'atto di autonomia aziendale;
 - c) su richiesta del direttore generale o del direttore sanitario.
3. I pareri obbligatori di cui al comma 2, lettere a) e b), devono essere resi entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.
4. Il consiglio dei sanitari dura in carica cinque anni.

Articolo 24 bis

(Direttore di ASL)

1. I direttori di ASL sono nominati dal direttore generale dell'ATS Liguria e sono scelti, a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti alla nomina, di attività di dirigenza di strutture pubbliche o private, di media o grande dimensione, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, o di presidenza di commissioni mediche ministeriali, in possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del previgente ordinamento.
2. Il rapporto di lavoro del direttore di ASL è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato. L'incarico ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni; il trattamento economico del direttore di ASL, parametrato a quello del direttore generale dell'ATS Liguria, è determinato dalla Giunta regionale. Al direttore di ASL si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.
3. Il direttore di area è il responsabile apicale dell'area e svolge le seguenti funzioni di:
 - a) gestione operativa dei servizi sanitari e sociosanitari dell'area;

- b) allocazione e controllo del budget assegnato dalla direzione generale;
 - c) coordinamento dei distretti e delle strutture ospedaliere locali al fine di garantire, nell'ambito della programmazione aziendale, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e sociosanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità;
 - d) monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali, dell'appropriatezza e qualità dei servizi nonché monitoraggio dei tempi di attesa.
4. Il direttore di area risponde direttamente al direttore generale dell'ATS Liguria. Collabora con i Sindaci del territorio, mantenendo il presidio della relazione istituzionale locale.
 5. I direttori di ASL sono sottoposti a verifica annuale della performance e il mantenimento degli incarichi conferiti è correlato al raggiungimento degli obiettivi in relazione al budget assegnato, secondo le modalità previste dalla normativa e dalle disposizioni vigenti in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali.
 6. I direttori di ASL cessano dall'incarico non oltre sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo direttore generale dell'ATS Liguria, salvo conferma.
 7. I direttori di ASL sono individuati quali datori di lavoro per gli effetti di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro). A tal fine dispongono delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.
 8. I direttori di ASL rendicontano annualmente al direttore generale l'utilizzo delle risorse loro assegnate per lo svolgimento delle funzioni di datore di lavoro. La rendicontazione è trasmessa anche al collegio dei revisori dei conti, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.
 9. I datori di lavoro coordinano le proprie attività nell'ambito di una conferenza permanente dei datori di lavoro, la cui composizione e funzioni sono disciplinate nell'atto di autonomia aziendale di cui all'articolo 25.
 10. I direttori di ASL nominano, tra il personale dirigenziale afferente all'area, un responsabile sanitario, uno amministrativo, uno logistico e uno sociosanitario.

Articolo 24 ter

(Direttore dell'area Liguria Salute)

1. Il direttore dell'area Liguria Salute è nominato dal direttore generale dell'ATS Liguria ed è scelto, a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che, in possesso di comprovata esperienza e competenza nell'ambito delle materie affidate alla struttura, hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti alla nomina, di attività di dirigenza in enti pubblici o privati, di media o grande dimensione con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, in possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del previgente ordinamento.
2. Il rapporto di lavoro del direttore è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato. L'incarico ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni; il trattamento economico è determinato con provvedimento della Giunta regionale, in misura percentuale con riferimento al trattamento economico del direttore generale. Al direttore dell'area Liguria Salute si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.
3. Il direttore è sottoposto a verifica annuale della performance e il mantenimento dell'incarico è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali.

4. Il direttore di Liguria Salute è individuato quale datore di lavoro per gli effetti di cui al d.lgs. 81/2008. A tal fine dispone delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.
5. Il direttore rendiconta annualmente al direttore generale l'utilizzo delle risorse assegnate per lo svolgimento delle funzioni di datore di lavoro. La rendicontazione è trasmessa anche al collegio dei revisori dei conti, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.
6. Il direttore cessa dall'incarico non oltre sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo direttore generale di ATS Liguria, salvo conferma.

Articolo 25

(Atto di autonomia aziendale)

1. L'ATS Liguria determina la propria organizzazione e il proprio funzionamento nell'atto di autonomia aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del d.lgs. 502/1992.
2. L'atto di autonomia aziendale è adottato dal direttore generale nel rispetto delle previsioni di cui alle leggi nazionali e regionali e in coerenza con i principi, gli indirizzi e gli obiettivi fissati dalla Regione per l'adozione degli atti di autonomia aziendale.
3. L'atto di autonomia aziendale disciplina in particolare:
 - a) l'articolazione organizzativa delle aree e dei presidi ospedalieri;
 - b) le modalità di funzionamento dei distretti e dei dipartimenti;
 - c) le responsabilità, le attribuzioni e i compiti del direttore amministrativo, del direttore sanitario, del direttore sociosanitario, dei direttori di area, del direttore del dipartimento ospedaliero, del direttore di distretto e di dipartimento e dei dirigenti delle strutture, ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'ATS Liguria verso l'esterno;
 - d) i criteri e le modalità di affidamento della direzione delle strutture e degli uffici ai dirigenti.
4. Per la disciplina di determinate materie l'atto di autonomia aziendale può rinviare a specifici regolamenti.”.

Articolo 11

(Sostituzione della rubrica del Capo V del Titolo II della l.r. 41/2006)

1. La rubrica del Capo V del Titolo II della l.r. 41/2006, è sostituita dalla seguente: “ATTIVITÀ OSPEDALIERA”.

Articolo 12

(Sostituzione degli articoli 26 e 27 della l.r. 41/2006)

1. Gli articoli 26 e 27 della l.r. 41/2006, sono sostituiti dai seguenti:

“Articolo 26

(Attività ospedaliera)

1. L'attività ospedaliera del SSR è svolta, nel rispetto degli standard previsti dal decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), dall'ATS Liguria attraverso i propri presidi ospedalieri.
2. Al fine di garantire uniformità e integrazione nel territorio metropolitano, l'attività ospedaliera è altresì erogata in forma coordinata e unificata nell'ambito dall'area dei servizi ospedalieri metropolitani dai seguenti soggetti:

- a) IRCCS AOM di cui all'articolo 28, che ricomprende i plessi degli ospedali Policlinico San Martino, ospedale Galliera con le modalità di cui al comma 3, ospedale Villa Scassi ed Erzelli;
- b) IRCCS Istituto Giannina Gaslini;
- c) ospedale Evangelico internazionale.
3. L'EO Ospedali Galliera e l'IRCCS AOM disciplinano la gestione coordinata delle proprie attività sanitarie con apposita convenzione.
4. Il direttore generale dell'EO Ospedali Galliera è nominato dalla Giunta regionale su proposta del consiglio d'amministrazione dell'ente, tra i soggetti inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina a direttore generale delle aziende di cui all'articolo 19, comma 1, e ad esso si applicano gli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992.
5. Le funzioni sanitarie assistenziali svolte presso l'ospedale Villa Scassi sono assunte dall'IRCCS AOM a decorrere dal 1° gennaio 2026.
6. I soggetti di cui al comma 2 definiscono la propria organizzazione tenendo conto:
 - a) degli atti di programmazione regionale;
 - b) delle funzioni di emergenza e di alta specialità attribuite;
 - c) della complessità della casistica trattata;
 - d) delle attività di ricerca e di didattica.
7. In particolare, i soggetti di cui al comma 2:
 - a) erogano prestazioni e servizi appropriati;
 - b) rendono coerente l'offerta aziendale con le politiche di integrazione e organizzazione a rete dell'offerta ospedaliera regionale;
 - c) coniugano l'attività assistenziale con le attività di ricerca e didattica ai fini di una concreta applicazione dei risultati;
 - d) perseguono economicità ed efficienza produttiva.
8. I soggetti di cui al comma 2 realizzano collegamenti funzionali e forme di integrazione e di coordinamento al fine di garantire agli assistiti percorsi assistenziali di diagnosi, cura e riabilitazione integrati e tempestivi.
9. I soggetti di cui al comma 2 possono realizzare i collegamenti funzionali e le forme di integrazione e di coordinamento, di cui al comma 8, anche con i presidi ospedalieri delle altre ASL.

Articolo 27

(Assetti istituzionali)

1. Gli IRCCS e l'EO Ospedali Galliera quali enti aventi natura pubblica fanno parte del SSR, secondo i rispettivi ordinamenti.
2. L'apporto al SSR delle attività dell'ospedale Evangelico internazionale è regolamentato con le modalità di cui all'articolo 4, comma 12, del d.lgs. 502/1992. La Regione stipula accordi, anche di durata pluriennale, con l'ospedale Evangelico internazionale con i quali sono disciplinati i rapporti con il SSR.
3. Agli IRCCS, agli EO Ospedali Galliera e all'ospedale Evangelico internazionale si applicano le disposizioni previste dalla normativa nazionale e dalla presente legge nonché quelle previste dalle altre norme regionali in quanto compatibili con il regime giuridico-amministrativo di tali strutture.”.

Articolo 13

(Sostituzione degli articoli 28, 28 bis, 28 ter, 28 quater, 28 quinquies e 29 della l.r. 41/2006)

1. Gli articoli 28, 28 bis, 28 ter, 28 quater, 28 quinquies e 29 della l.r. 41/2006, sono sostituiti dai seguenti:

“Articolo 28

(IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana)

1. L'IRCCS ospedale Policlinico San Martino, costituito ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3), a far data dal 1° gennaio 2026, assume la denominazione di IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana (IRCCS AOM).
2. L'IRCCS AOM ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile.
3. L'IRCCS AOM in qualità di IRCCS nelle discipline di oncologia e neuroscienze e in quelle complementari e integrate svolte presso il plesso dell'ospedale Policlinico San Martino, persegue, garantendone la complementarità e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale.
4. L'IRCCS AOM assicura la realizzazione della collaborazione fra SSR e Università degli studi di Genova, ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

Articolo 28 bis

(Organi dell'IRCCS AOM)

1. Sono organi dell'IRCCS AOM:
 - a) il consiglio di indirizzo e verifica;
 - b) il direttore generale;
 - c) il direttore scientifico;
 - d) il collegio sindacale;
 - e) il collegio di direzione.
2. Il consiglio di indirizzo e verifica concorre, al di fuori della gestione diretta, a determinare, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'IRCCS AOM con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione. Tale organo verifica, altresì, il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca. Il consiglio verifica la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'Istituto rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il consiglio riferisce al Presidente della Giunta regionale e al Ministro della salute.
3. Il consiglio di indirizzo e verifica esprime parere preventivo obbligatorio in merito agli atti del direttore generale aventi a oggetto le determinazioni di alienazione del patrimonio, l'adozione e le modifiche del regolamento di organizzazione e funzionamento, l'adozione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio e i provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni.
4. Il consiglio di indirizzo e verifica è nominato dalla Regione, resta in carica cinque anni ed è composto da cinque membri, scelti tra soggetti di comprovata competenza e professionalità. I componenti sono designati: uno dalla Regione, uno dall'Università degli studi di Genova, uno dal Ministero della salute, uno dalla Conferenza dei Sindaci di cui all'articolo 14 bis. Il quinto membro, con funzioni di presidente, è nominato dalla Giunta regionale sentito il Ministero della salute. Non possono farne parte i dipendenti dell'IRCCS AOM o della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Genova, nonché

- coloro che hanno rapporti di collaborazione con tali soggetti.
5. Il direttore generale è nominato dalla Giunta regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Genova e sentito il Ministro della salute, tra i soggetti inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina a direttore generale delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 19, comma 1, e a esso si applicano gli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992.
 6. In considerazione della complessità e rilevanza dei compiti e delle funzioni derivanti dalla gestione unificata dell'attività ospedaliera nell'area dei servizi ospedalieri metropolitani, la Giunta regionale determina il trattamento economico complessivo del direttore generale dell'IRCCS AOM in misura non superiore al limite massimo retributivo del personale pubblico di cui all'articolo 13 del d.l. 66/2014.
 7. Il direttore scientifico, cui compete la responsabilità dell'attività di ricerca, in coerenza con i programmi nazionali e regionali in materia e nei limiti delle risorse assegnate, è nominato, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 26 febbraio 2007, n. 42 (Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - IRCCS), dal Ministro della salute, sentito il Presidente della Giunta regionale. L'incarico del direttore scientifico è esclusivo.
 8. Il collegio sindacale dell'IRCCS AOM è disciplinato ai sensi degli articoli 3, comma 13, e 3 ter del d.lgs. 502/1992.
 9. Il collegio di direzione è così composto:
 - a) il direttore generale che lo presiede e ne determina l'attività;
 - b) il direttore scientifico;
 - c) il direttore sanitario;
 - d) il direttore amministrativo;
 - e) i direttori dei plessi ospedalieri ospedale Policlinico San Martino, EO Ospedali Galliera, ospedale Villa Scassi ed Erzelli di cui all'articolo 28 sexies;
 - f) i direttori dei dipartimenti sanitari, dei dipartimenti ad attività integrata e dei dipartimenti di ricerca;
 - g) il responsabile dell'area infermieristica;
 - h) un responsabile della dirigenza sanitaria non medica;
 - i) un responsabile per le professioni sanitarie di cui alla l. 42/1999 ad eccezione dell'area infermieristica di cui alla lettera g).
 10. I responsabili di cui alle lettere h) e i) sono individuati dal direttore generale con le procedure elettive previste dal regolamento di organizzazione e funzionamento.
 11. Il direttore generale si avvale del collegio di direzione ai fini dell'integrazione tra le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, nonché per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. Il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, concordati anche con l'Università, delle soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero-professionali intramurarie e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale, altresì, del collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'IRCCS AOM, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

Articolo 28 ter

(Organizzazione e funzionamento dell'IRCCS AOM)

1. Il direttore generale adotta il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS AOM sulla base delle direttive regionali, nel rispetto delle previsioni di cui alle leggi nazionali e regionali e in coerenza con i principi fissati dall'accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 1° luglio 2004 (Atto di intesa recante: "Organizzazione, gestione e funzionamento

degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni" di cui all'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131), sentito il Rettore dell'Università degli studi di Genova, e lo trasmette alla Regione e al Ministero della salute entro cinque giorni dall'adozione.

2. Il coordinamento delle attività del direttore generale e quelle del direttore scientifico è garantito dal regolamento di organizzazione e funzionamento in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria e nel rispetto dell'autonomia regionale al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza.
3. La Giunta regionale, entro i successivi quaranta giorni, approva il regolamento, anche con le modifiche ritenute necessarie, acquisite le eventuali osservazioni del Ministero della salute.
4. L'assetto organizzativo dell'IRCCS AOM deve assicurare lo svolgimento complementare e integrato delle funzioni assistenziali, delle funzioni formative nonché di quelle scientifiche e di ricerca nelle discipline di oncologia e neuroscienze e in quelle complementari ed integrate svolte presso il plesso dell'ospedale Policlinico San Martino. 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.
5. Il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS AOM disciplina, anche in coerenza con le previsioni di cui al d.lgs. 517/1999 e del d.lgs. 288/2003, in particolare:
 - a) le macro-articolazioni aziendali;
 - b) le modalità di funzionamento dei dipartimenti;
 - c) le responsabilità, le attribuzioni e i compiti del direttore amministrativo, del direttore sanitario, dei direttori operativi dei plessi ospedalieri ospedale Policlinico San Martino, EO Ospedali Galliera, ospedale Villa Scassi ed Erzelli, dei direttori di dipartimento e dei dirigenti delle strutture, ivi comprese, per i dirigenti di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'IRCCS AOM 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 di gestione amministrativa e contabile autonoma delle attività di ricerca.
6. Per la disciplina di determinate materie il regolamento di organizzazione e funzionamento può rinviare a specifici regolamenti.
7. Ai sensi dell'articolo 22, il direttore generale nomina, tra i soggetti inseriti negli elenchi di cui all'articolo 23, il direttore amministrativo e il direttore sanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle sue funzioni. Il compenso del direttore sanitario e del direttore amministrativo è determinato dalla Giunta regionale in misura non superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, ai sensi dell'articolo 28 bis.
8. Il direttore generale nomina, altresì, i direttori dei plessi ospedalieri ospedale Policlinico San Martino, EO Ospedali Galliera, ospedale Villa Scassi ed Erzelli.
9. Le nomine dei direttori di dipartimento ad attività integrata ospedaliera e universitaria sono effettuate dal direttore generale d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Genova, garantendo l'equilibrio numerico tra le direzioni universitarie e ospedaliere.

Articolo 28 quater

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

1. I rapporti tra Regione Liguria e Università degli studi di Genova sono regolati da un protocollo d'intesa ai sensi dell'articolo 12 della presente legge e della legge regionale 20 gennaio 2005, n. 1 (Disciplina dei rapporti fra la regione Liguria e l'Università degli studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).
2. Nulla è innovato in materia di finanziamento delle attività di assistenza e di ricerca svolte dall'IRCCS AOM. L'attività di ricerca è finanziata ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del d.lgs. 288/2003.

Articolo 28 quinquies

(Organi consultivi dell'IRCCS AOM)

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

Articolo 28 sexies

(Direttore di plesso ospedaliero)

1. I direttori dei plessi ospedalieri ospedale Policlinico San Martino, EO Ospedali Galliera, ospedale Villa Scassi ed Erzelli sono scelti a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti alla nomina, di attività di dirigenza negli enti pubblici o privati, di media o grande dimensione con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, in possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del previgente ordinamento.
2. Il rapporto di lavoro del direttore è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato. L'incarico ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni. Ai direttori di plesso ospedaliero si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.
3. Il trattamento economico del direttore di plesso ospedaliero, parametrato a quello del direttore generale dell'IRCCS AOM, è determinato dalla Giunta regionale.
4. Il direttore svolge le seguenti funzioni:
 - a) gestione operativa dei servizi;
 - b) allocazione e controllo del budget assegnato dalla direzione generale dell'IRCCS AOM;
 - c) monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi, dell'appropriatezza e qualità degli stessi nonché monitoraggio dei tempi di attesa.
5. Il direttore è sottoposto a verifica annuale della performance e il mantenimento dell'incarico conferito è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia di valutazione di incarichi dirigenziali.
6. Il direttore cessa dall'incarico entro sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo direttore generale dell'IRCCS AOM, salvo conferma.
7. I direttori di plesso ospedaliero sono individuati quali datori di lavoro per gli effetti di cui al d.lgs. 81/2008. A tal fine dispongono delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.
8. I direttori di plesso rendicontano annualmente al direttore generale l'utilizzo delle risorse loro assegnate per lo svolgimento delle funzioni di datore di lavoro. La rendicontazione è trasmessa anche al collegio dei revisori dei conti, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.

9. I datori di lavoro coordinano le proprie attività nell'ambito di una conferenza permanente dei datori di lavoro, la cui composizione e funzioni sono disciplinate nel regolamento di organizzazione e funzionamento di cui all'articolo 28 ter.
10. I direttori individuano, tra il personale dirigenziale afferente al plesso, un vicedirettore, con funzioni di vicario.

Articolo 29

(Disposizione di rinvio)

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

Articolo 14

(Inserimento dell'articolo 29 bis alla l.r. 41/2006)

- . Dopo l'articolo 29 della l.r. 41/2006, è inserito il seguente:

“Articolo 29 bis

(Funzioni di indirizzo e verifica strategica)

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

Articolo 15

(Sostituzione degli articoli 32 e 33 della l.r. 41/2006)

1. Gli articoli 32 e 33 della l.r. 41/2006, sono sostituiti dai seguenti:

“Articolo 32

(Articolazione dell'ATS Liguria e relative funzioni)

1. L'ATS Liguria si articola in ASL, distretti sociosanitari, presidi ospedalieri, area dipartimentale di prevenzione e, inoltre, si organizza in dipartimenti secondo quanto previsto dal Capo V.
2. Le articolazioni territoriali e organizzative di cui al comma 1 sono dotate di autonomia tecnico-gestionale e soggette a rendicontazione analitica all'interno del bilancio aziendale.

Articolo 33

(Distretto sociosanitario)

1. Il distretto sociosanitario costituisce l'articolazione organizzativa dell'ATS Liguria preposta alla gestione e al coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.
2. Il distretto sociosanitario, attraverso i modelli assistenziali territoriali previsti dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di

modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale) rappresenta il punto di riferimento per l'accesso unitario dell'utenza a tutte le prestazioni erogate dall'ATS Liguria nonché la sede operativa deputata a promuovere l'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali del territorio.

3. I distretti provvedono a:
 - a) valutare i bisogni e le domande di prestazioni e servizi della popolazione di riferimento;
 - b) erogare le prestazioni sanitarie, quelle sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali, se delegate dai comuni;
 - c) erogare prestazioni e servizi di base secondo le modalità definite dalla programmazione aziendale e dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 36.”.

Articolo 16

(Modifiche all'articolo 34 della l.r. 41/2006)

1. All'articolo 34 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 1, dopo le parole: “direttore generale” sono inserite le seguenti: “dell'ATS Liguria”;
 - b) al comma 4, dopo le parole: “l'integrazione tra i servizi” sono inserite le seguenti: “sanitari, sociosanitari e socioassistenziali” e le parole: “la direzione generale” sono sostituite dalle seguenti: “la direzione di area”;
 - c) al comma 4, le parole: “Sindaci del Distretto” sono sostituite dalle seguenti: “Sindaci dell'ambito territoriale sociale”;
 - d) ai commi 5 e 7, le parole: “Sindaci di Distretto” sono sostituite dalle seguenti: “Sindaci dell'ambito territoriale sociale”;
 - e) al comma 7, le parole: “generale dell'Azienda sanitaria locale e il Comitato” sono sostituite dalle seguenti: “di ASL e la Conferenza”.

Articolo 17

(Modifiche all'articolo 35 della l.r. 41/2006)

1. All'articolo 35 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) la rubrica, è sostituita dalla seguente: “Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale”;
 - b) al comma 1, le parole: “Comitato dei Sindaci del Distretto” sono sostituite dalle seguenti: “Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale”.

Articolo 18

(Modifica all'articolo 36 della l.r. 41/2006)

1. Al comma 1 dell'articolo 36 della l.r. 41/2006, le parole: “direttore generale dell'Azienda sanitaria locale, previo parere del Comitato” sono sostituite dalle seguenti: “direttore operativo di ASL, previo parere della Conferenza”.

Articolo 19

(Modifiche all'articolo 37 della l.r. 41/2006)

1. All'articolo 37 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) ai commi 1 e 2, le parole: “dell'Azienda sanitaria locale” sono sostituite dalle seguenti:

- “dell’ATS Liguria”;
- b) il comma 4, è sostituito dal seguente:
“4. La direzione del presidio ospedaliero è disciplinata dall’articolo 4, comma 9, del d.lgs. 502/1992.”;
- c) i commi 5 e 6, sono abrogati.

Articolo 20

(Modifiche all’articolo 41 della l.r. 41/006)

1. All’articolo 41 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
- a) il comma 1 ter, è sostituito dal seguente:
“1 ter. Il direttore del dipartimento interaziendale è nominato dalla Giunta regionale su proposta dei direttori generali delle aziende sanitarie ed enti equiparati le cui strutture fanno parte del dipartimento. Qualora il dipartimento interaziendale sia sanitario la nomina è effettuata su proposta del comitato di dipartimento.”;
- b) all’alinea del comma 4, dopo le parole: “direttore generale” sono inserite le seguenti: “, degli indirizzi del direttore dell’area”;
- c) alla fine della lettera d) del comma 4, sono aggiunte le parole: “e con la direzione di area”;
- d) alla lettera a) del comma 5, la parola: “generale” è sostituita dalle seguenti: “di area”.

Articolo 21

(Sostituzione dell’articolo 43 della l.r. 41/2006)

1. L’articolo 43 della l.r. 41/2006, è sostituito dal seguente:
“Articolo 43
(Dipartimento di prevenzione)
1. Il dipartimento di prevenzione costituisce la struttura di riferimento del sistema sanitario regionale per l’esercizio delle funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica.
2. Il dipartimento di prevenzione si articola secondo un modello a rete di erogazione dei servizi, finalizzato a garantire la prossimità territoriale delle attività di prevenzione, promozione della salute e tutela della collettività, favorendo l’integrazione operativa tra le diverse articolazioni aziendali e i servizi sociosanitari e sociali del territorio.
3. Nell’ambito delle proprie funzioni, il dipartimento di prevenzione promuove la consapevolezza e l’autodeterminazione della persona, orientando le proprie azioni al miglioramento degli stili di vita e alla creazione di ambienti e contesti favorevoli alla salute, secondo una visione integrata di tipo “one health”, che riconosce l’interconnessione tra salute umana, salute animale e tutela dell’ambiente, quale espressione di uno sviluppo armonico e sostenibile.
4. Il dipartimento di prevenzione opera con l’obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nei LEA relativi alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica, assicurando l’adozione di strumenti di monitoraggio, valutazione e rendicontazione dei risultati in termini di salute della popolazione e di impatto sugli ecosistemi di vita.
5. L’ATS Liguria definisce con atto regolamentare l’articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione prevedendo modalità di integrazione e coordinamento con i distretti sanitari e gli altri dipartimenti aziendali.
6. L’articolazione organizzativa del dipartimento di prevenzione, ai sensi dell’articolo 7 quater del d.lgs. 502/1992, prevede strutture organizzative dedicate a:
- a) igiene e sanità pubblica;
- b) sanità animale;

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

Articolo 22

(Modifica all’articolo 43 bis della l.r. 41/2006)

1. Al comma 1 dell’articolo 43 bis della l.r. 41/2006, le parole: “dalle Aziende sanitarie locali” sono sostituite dalle seguenti: “dalle ASL” e le parole: “di un’Azienda sanitaria locale” sono sostituite dalle seguenti: “di un’ASL”.

Articolo 23

(Modifiche all’articolo 44 bis della l.r. 41/2006)

1. All’articolo 44 bis della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla fine del comma 1, le parole: “, della l.r. 41/2006, e Liguria Salute” sono soppresse;
 - b) al comma 2, le parole: “, Enti equiparati e Liguria Salute” sono sostituite dalle seguenti “e dagli enti equiparati”.

Articolo 24

(Modifica all’articolo 44 quater della l.r. 41/2006)

1. Al comma 1 dell’articolo 44 quater della l.r. 41/2006, le parole: “, della l.r. 41/2006, e Liguria Salute” sono soppresse.

Articolo 25

(Modifica all’articolo 53 della l.r. 41/2006)

1. Al comma 2 dell’articolo 53 della l.r. 41/2006, le parole: “le Aziende sanitarie locali curano” sono sostituite dalle seguenti: “l’ATS Liguria, tramite le ASL, cura”.

Articolo 26

(Modifiche all’articolo 54 della l.r. 41/2006)

1. All’articolo 54 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 3, le parole: “Le Aziende sociosanitarie liguri, esercitano” sono sostituite dalle seguenti: “L’ATS Liguria, tramite le ASL, esercita”;
 - b) al comma 4, le parole: “delle Aziende sociosanitarie liguri” sono sostituite dalle seguenti: “dell’ATS Liguria, tramite le ASL”.

Articolo 27

(Modifiche all’articolo 59 della l.r. 41/2006)

1. All’articolo 59 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) alla lettera e) del comma 1, le parole: “dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) e dal relativo regolamento regionale” sono sostituite dalle seguenti: “dal regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con

- riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”;
- b) alla lettera h bis) del comma 2, le parole: “Programma triennale di sviluppo della Società dell'informazione in Liguria” sono sostituite dalle seguenti: “Programma strategico digitale della Liguria”.

Articolo 28

(Modifica all'articolo 73 della l.r. 41/2006)

1. Al comma 1 dell'articolo 73 della l.r. 41/2006, le parole: “locali ed ospedaliere” sono soppresse.

Articolo 29

(Modifiche all'articolo 77 della l.r. 41/2006)

1. All'articolo 77 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
- a) il comma 1, è sostituito dal seguente:
- “1. In attuazione dell'articolo 2, comma 7, della l. 3/2018, il decreto del Ministro della salute 26 gennaio 2023 (Individuazione di quaranta comitati etici territoriali) ha individuato il Comitato etico territoriale - Liguria, quale organismo indipendente volto a garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione, esprimendo un parere di eticità e scientificità prima dell'avvio di qualsiasi studio che coinvolga l'uomo e ne ha stabilito le funzioni.”;
- b) il comma 2, è abrogato.

Articolo 30

(Modifiche all'articolo 81 della l.r. 41/2006)

1. All'articolo 81 della l.r. 41/2006, sono apportate le seguenti modifiche:
- a) al comma 1, le parole: “alle Aziende sanitarie locali competenti per territorio” sono sostituite dalle seguenti: “all'ATS Liguria”;
- b) al comma 2, le parole: “Le aziende sanitarie esercitano” sono sostituite dalle seguenti: “L'ATS Liguria esercita”.

Articolo 31

(Modifica all'articolo 5 della legge regionale 5 marzo 2021, n. 2 (Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell'affidamento di lavori pubblici e strutture di missione)

1. Alla l.r. 2/2021, sono apportate le seguenti modifiche:
- a) al comma 2 dell'articolo 1, le lettere a) e b) sono sostituite dalle seguenti:
- “a) centrale regionale di acquisto per la sanità (CRAS), istituita presso l'area Liguria Salute di cui alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale);
- b) Liguria Digitale s.p.a.;
- c) Infrastrutture Recupero Energia Agenzia Regionale Ligure (IRE s.p.a.);
- d) Consorzio Energia Liguria.”;
- b) al comma 6 dell'articolo 4, dopo la parola: “SUAR” è inserita la seguente: “, dalla CRAS”.

Articolo 32

(Modifica all'articolo 5 della legge regionale 20 dicembre 2012, n. 49 (Disposizioni di adeguamento alla normativa nazionale in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio ed in materia di controlli contabili))

1. Alla fine del comma 3 dell'articolo 5 della l.r. 49/2012, è aggiunta la seguente lettera:
“f bis) effettua le certificazioni di cui all'articolo 22, comma 3, lettera d), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), secondo quanto disposto dai relativi decreti attuativi, con riferimento alla gestione sanitaria accentrata presso la Regione.”.

Articolo 33

(Disposizioni finali e transitorie)

1. A decorrere dal 1° gennaio 2026 gli organi, a eccezione del consiglio di indirizzo e verifica e del direttore scientifico, nonché i direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari delle Aziende sociosanitarie liguri, di Liguria Salute, dell'EO Ospedali Galliera e dell'IRCCS ospedale Policlinico San Martino decadono.
2. Entro il 31 dicembre 2025 la Giunta regionale nomina, con decorrenza 1° gennaio 2026, i direttori generali dell'ATS Liguria e dell'IRCCS AOM, nonché il direttore generale dell'EO Ospedali Galliera, su proposta del consiglio d'amministrazione dell'ente.
3. Al fine di assicurare la continuità operativa e gestionale delle aziende ed enti del SSR nella fase di attuazione della presente legge, la Giunta regionale, entro il 31 dicembre 2025 e con decorrenza 1° gennaio 2026, nomina i coordinatori delle aree dell'ATS Liguria e dei plessi ospedalieri dell'IRCCS AOM, fra i soggetti in possesso dei requisiti di cui agli articoli 24 bis e 28 sexies della l.r. 41/2006 come introdotti dalla presente legge. I coordinatori restano in carica fino alla nomina, da parte dei direttori generali dell'ATS Liguria e dell'IRCCS AOM, dei direttori delle aree e dei plessi ospedalieri. Essi rispondono, rispettivamente, ai direttori generali dell'ATS Liguria e dell'IRCCS AOM ed esercitano, nei limiti stabiliti dal provvedimento di nomina, le funzioni necessarie a garantire il regolare svolgimento delle attività istituzionali e il supporto alle strutture regionali e aziendali per il completamento del processo di transizione verso i nuovi assetti organizzativi. Con il medesimo provvedimento la Giunta regionale definisce le funzioni attribuite, il compenso e le modalità di raccordo con le strutture competenti, comprese le operazioni di chiusura dell'esercizio precedente. Ai coordinatori si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del d.lgs. 502/1992.
4. Il direttore generale dell'ATS Liguria e quello dell'IRCCS AOM adeguano, rispettivamente, l'atto aziendale e il regolamento di organizzazione e funzionamento al nuovo assetto istituzionale e organizzativo fissato dalla l.r. 41/2006 come modificata dalla presente legge. L'atto aziendale e il regolamento di organizzazione e funzionamento sono sottoposti al controllo della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 9 della l.r. 41/2006 come modificato dalla presente legge.
5. L'EO Ospedali Galliera e l'IRCCS AOM disciplinano la gestione coordinata delle proprie attività sanitarie con apposita convenzione.
6. La convenzione di cui al comma 5 stabilisce le modalità con le quali sono regolati gli aspetti economico-finanziari pregressi riguardanti l'EO Ospedali Galliera in relazione alle funzioni svolte dallo stesso per l'SSR.
7. A far data e con le modalità previste nella convenzione di cui all'articolo 26, comma 3, della l.r. 41/2006 come modificata dalla presente legge, il personale dell'EO Ospedali Galliera

affidente alle attività affidate ad IRCCS AOM, in servizio alla data individuata dalla medesima convenzione, con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato fino alla scadenza prevista, è trasferito all'IRCCS AOM ai sensi dell'articolo 31 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

8. I software delle aziende incorporate, necessari a garantire l'adempimento dei debiti informativi previsti dalla normativa vigente, mantengono l'operatività fino al compimento della transizione.
9. I direttori generali delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5, in carica alla data di entrata in vigore della presente legge, assicurano gli adempimenti, anche di carattere ricognitivo, organizzativi, gestionali, fiscali, economico-finanziari e patrimoniali necessari alla fusione delle aziende. In particolare, effettuano la ricognizione:
 - a) del patrimonio immobiliare e mobiliare al 31 dicembre 2025;
 - b) della dotazione organica complessiva al 31 dicembre 2025 nonché dei fondi contrattuali così come determinati dalla vigente contrattazione decentrata;
 - c) dei crediti e debiti.
10. Il direttore generale dell'Azienda sociosanitaria ligure 3, inoltre, effettua la ricognizione, al 31 dicembre 2025, del patrimonio immobiliare e mobiliare, nonché della dotazione organica del personale complessiva e dei fondi contrattuali come determinati dalla vigente contrattazione decentrata afferenti all'ospedale Villa Scassi.
11. Il personale in servizio alla data del 31 dicembre 2025 presso le Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 con contratto di lavoro subordinato, a tempo indeterminato o determinato, è trasferito dal 1° gennaio 2026, senza soluzione di continuità conformemente a quanto previsto dall'articolo 31 del d.lgs. 165/2001, all'ATS Liguria, fatta eccezione per quello assegnato all'ospedale Villa Scassi che è trasferito all'IRCCS AOM. Le assegnazioni sono effettuate tenendo conto del territorio di provenienza e delle condizioni personali del dipendente.
12. È, altresì, trasferito presso ATS Liguria il personale medico con rapporto di lavoro in convenzione, con il mantenimento, in prima applicazione, delle medesime funzioni e ambiti di attività.
13. In fase di prima applicazione, il personale trasferito presso ATS Liguria e IRCCS AOM mantiene il trattamento giuridico ed economico in godimento, nonché gli incarichi e le indennità in essere, al momento del trasferimento.
14. Le graduatorie di concorso per il reclutamento di personale del comparto e della dirigenza, in corso di validità alla data di entrata in vigore della presente legge, mantengono la loro efficacia fino alla naturale scadenza e possono essere utilizzate dall'ATS Liguria se derivanti da concorsi banditi dalle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e Liguria Salute e dall'IRCCS AOM se banditi dall'IRCCS ospedale Policlinico San Martino. Le graduatorie dell'Azienda sociosanitaria ligure 3 finalizzate al reclutamento di personale da assegnare all'ospedale Villa Scassi possono essere utilizzate dall'IRCCS AOM.
15. In sede di prima applicazione, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'ATS Liguria risulta dalla composizione dei PIAO delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute. In particolare, la sezione del PIAO Piano triennale di fabbisogno del personale (PTFP) dell'ATS Liguria risulta dalla somma dei PTFP delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute. Il PTFP dell'IRCCS AOM comprende il fabbisogno dell'Azienda sociosanitaria ligure 3 riconducibile all'ospedale Villa Scassi.
16. Gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) delle aziende incorporate in ATS Liguria restano in carica fino al completamento del ciclo della performance 2025, ivi compresa la validazione della relazione sulla performance e la conseguente erogazione della premialità.
17. Le deleghe di funzioni già conferite ai sensi dell'articolo 16 del d.lgs. 81/2008 dalle aziende incorporate continuano a produrre effetti, fermo restando l'obbligo di tempestiva ricognizione e riadozione formale delle stesse compatibilmente con il nuovo assetto organizzativo. I compiti e

le funzioni connessi al trattamento dei dati personali già conferiti dalle aziende incorporate ai sensi degli articoli 24 e 29 del regolamento (UE) 2016/679 e dell'articolo 2 quaterdecies del d.lgs. 196/2003, continuano a produrre effetti, fermo restando l'obbligo di tempestiva ricognizione e riadozione formale delle stesse compatibilmente con il quadro normativo vigente in materia e con il nuovo assetto organizzativo.

18. L'ATS Liguria subentra nella titolarità delle procedure concorsuali, finalizzate al reclutamento di personale del comparto e della dirigenza già indette, alla data di entrata in vigore della presente legge, dalle aziende incorporate, ad eccezione delle procedure finalizzate al reclutamento di personale da destinare all'ospedale Villa Scassi nella cui titolarità subentra l'IRCCS AOM.
19. Il collegio sindacale di ATS Liguria verifica, attesta e valida i bilanci di chiusura relativi all'esercizio 2025 nonché lo stato patrimoniale di apporto e il verbale di consistenza patrimoniale rispettivamente delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute.
20. I bilanci di chiusura relativi alle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5 e di Liguria Salute sono adottati dal direttore generale dell'ATS Liguria entro i termini di legge.
21. La Giunta regionale approva i bilanci di chiusura delle aziende incorporate e dispone l'inserimento delle risultanze contabili nei documenti contabili iniziali dell'ATS Liguria.
22. Eventuali perdite o utili di esercizio risultanti dai bilanci di chiusura sono assunti dall'ATS Liguria nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario complessivo.
23. Il contenzioso derivante dalle funzioni e attività svolte dalle aziende incorporate e i relativi oneri sono assunti dall'ATS Liguria. I procedimenti amministrativi in corso alla data del 31 dicembre 2025 sono conclusi da ATS Liguria.
24. Il collegio sindacale di IRCCS AOM verifica, attesta e valida il bilancio di chiusura relativo all'esercizio 2025 dell'ospedale Policlinico San Martino nonché il verbale di consistenza patrimoniale dell'ospedale Villa Scassi.
25. Alla data del 1° gennaio 2026 l'IRCCS AOM succede nelle attività, nei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli relativi al personale, facenti capo all'Azienda sociosanitaria ligure 3 relativi alle funzioni svolte presso l'ospedale Villa Scassi, fatto salvo quanto previsto al comma 23, primo periodo.
26. La Regione, relativamente alle procedure per l'acquisizione di beni e servizi nonché all'affidamento di concessioni, cessa di svolgere le funzioni di centrale di committenza di cui alla l.r. 2/2021 per le aziende sanitarie, gli IRCCS, l'EO Ospedali Galliera e l'ospedale Evangelico internazionale dalla data del 1° gennaio 2026, secondo quanto disposto dall'articolo 17 quater, comma 2, lettera c), della l.r. 41/2006 come introdotto dalla presente legge.
27. Il personale non dirigenziale di Regione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato alla data del 31 ottobre 2025, che svolge servizio presso la SUAR relativamente alle procedure di gara per l'acquisizione di forniture e di servizi per gli enti del SSR, è assegnato all'ATS Liguria a decorrere dal 1° gennaio 2026 in regime di distacco. Entro il 31 dicembre 2026, SUAR e CRAS definiscono d'intesa i rispettivi fabbisogni di personale, alla luce della riorganizzazione di ATS Liguria e dei rispettivi volumi di attività.
28. Dal 1° gennaio 2027 la quota di personale così definita per CRAS, viene trasferita in ATS Liguria.
29. Al personale trasferito viene confermato il trattamento economico in godimento, ivi comprese le indennità comunque denominate.
30. Le procedure di gara indette alla data del 31 dicembre 2025 sono portate a termine dalla Regione tramite la SUAR. Le restanti procedure di gara sono avviate dall'ATS Liguria e, a tal fine, entro il 10 gennaio 2026 il direttore generale cui fa capo la SUAR trasmette a detta azienda l'elenco di tali procedure.
31. Le procedure relative alla Missione 6 salute (M6) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sono portate a termine da Regione mediante la SUAR.

32. A decorrere dal 1° gennaio 2026 sono trasferiti all'ATS Liguria i rapporti attivi e passivi relativi alle procedure di gara in corso, nonché i beni mobili, i beni strumentali e i beni informatici, ivi comprese le licenze di utilizzo dei relativi programmi informatici, assegnati al personale interessato dal trasferimento di cui al comma 27.
33. Il contenzioso derivante dalle procedure di gara di cui al comma 30, primo periodo, nonché quello connesso all'esecuzione di contratti, e i relativi oneri, rimangono in capo a Regione.
34. Tutti i riferimenti ad A.Li.Sa. contenuti nella l.r. 9/2017 sono da intendersi all'area Liguria Salute dell'ATS Liguria di cui all'articolo 17 quater della l.r. 41/2006 come introdotto dalla presente legge.
35. Entro il 31 dicembre 2026, la Regione emana le ulteriori disposizioni di modifica della normativa di settore al fine del coordinamento con le disposizioni di riforma contenute nella presente legge. Entro lo stesso termine, la Giunta regionale e il direttore generale regionale competente possono adottare disposizioni di attuazione della presente legge.
36. Al fine di assicurare la continuità dei servizi erogati e l'efficacia dell'espletamento delle procedure di reclutamento, è prorogata al 30 novembre 2026 la validità delle graduatorie dei concorsi pubblici per l'assunzione di personale a tempo indeterminato banditi dalla Regione, da enti strumentali e aziende del SSR, in scadenza nel 2025 e vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge.
37. Nelle more dell'adozione del PSSIR di cui all'articolo 5 della l.r. 41/2006, come modificato dalla presente legge, il piano sociosanitario regionale e il piano sociale integrato regionale mantengono la propria validità.

Articolo 34

(Disposizioni abrogative)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono abrogate le seguenti disposizioni:
 - a) la legge regionale 5 maggio 1994, n. 24 (Sistema di emergenza sanitaria);
 - b) l'articolo 59 ter della l.r. 41/2006;
 - c) gli articoli 2, 3, 4, 4 bis, 5, 6, 7, 9 e 12 della legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Disciplina di Liguria Salute e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria).

Articolo 35

(Disposizioni finanziarie)

1. All'attuazione della presente legge, per gli esercizi 2026 e 2027, si provvede nei limiti delle risorse già stanziare e disponibili a legislazione vigente nello stato di previsione della spesa a carico della Missione 13 "Tutela della salute" del bilancio di previsione 2025-2027.
2. All'attuazione della presente legge, per gli esercizi successivi al 2027, si provvede nell'ambito delle autorizzazioni di spesa annualmente disposte dalla legge di approvazione del bilancio ai sensi di quanto previsto dall'articolo 38 del d.lgs. 118/2011 con i relativi bilanci.

Articolo 36

(Modifica all'articolo 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 (Disciplina del sistema di trasporto pubblico regionale e locale e del Piano regionale integrato delle infrastrutture, della mobilità e dei trasporti (PRIIMT)))

1. Dopo il comma 1 octies dell'articolo 29 della l.r. 33/2013, è aggiunto il seguente:
"1 nonies. Nelle more dell'assegnazione da parte del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti delle somme relative al saldo del Fondo nazionale per il concorso

finanziario dello Stato agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle regioni a statuto ordinario, di cui all'articolo 16 bis, comma 1, del d.l. 95/2012, la Regione è autorizzata a concedere alla Città metropolitana di Genova, per l'anno 2025, una anticipazione di liquidità non onerosa delle risorse aggiuntive derivanti dal Fondo nazionale destinate alla Regione Liguria ai sensi dell'articolo 27, commi 2 quater e 6, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 (Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo) convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96, e dell'articolo 1, comma 730, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027). L'anticipazione è concessa, per l'anno 2025, nella misura massima di euro 14.300.000,00 (quattordicimilionitrecentomila/00) e deve essere restituita alle casse regionali entro i termini previsti dalla normativa statale vigente.”.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, si provvede mediante le seguenti variazioni agli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio di previsione 2025-2027, per l'esercizio 2025:

stato di previsione dell'entrata

- iscrizione, in termini di competenza e di cassa, di euro 14.300.000,00 (quattordicimilionitrecentomila/00) al Titolo 5 “Entrate da riduzione di attività finanziarie”, Tipologia 200 “Riscossione di crediti di breve termine”;

stato di previsione della spesa

- autorizzazione della spesa e iscrizione, in termini di competenza e di cassa, di euro 14.300.000,00 (quattordicimilionitrecentomila/00) alla Missione 10 “Trasporti e diritto alla mobilità”, Programma 2 “Trasporto pubblico locale”, Titolo 3 “Spese per incremento attività finanziarie”.

Articolo 37

(Dichiarazione d'urgenza)

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

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

Data in Genova addì 12 dicembre 2025

IL PRESIDENTE
Marco Bucci

NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE 12 DICEMBRE 2025, N. 18

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

1. DATI RELATIVI ALL'ITER DI FORMAZIONE DELLA LEGGE

- a) *la Giunta regionale, su proposta dell'assessore Massimo Nicolò, ha adottato il disegno di legge con deliberazione n. 19 in data 6 novembre 2025;*
- b) *il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 10 novembre 2025, dove ha acquisito il numero d'ordine 85;*
- c) *è stato assegnato alla II Commissione consiliare ai sensi dell'articolo 83, comma 1, del Regolamento interno del Consiglio e alla I Commissione ai sensi dell'articolo 85, comma 1, del Regolamento interno del Consiglio in data 10 novembre 2025;*
- d) *la II Commissione ha approvato il testo, a maggioranza, con emendamenti, nella seduta del 4 dicembre 2025 e la I Commissione ha espresso il parere di cui all'articolo 85, comma 1, del Regolamento interno del Consiglio, a maggioranza, nella seduta del 9 dicembre 2025;*
- e) *è stato esaminato e approvato, all'unanimità, con emendamenti, dal Consiglio regionale nella seduta del 10 dicembre 2025;*
- f) *la legge regionale entra in vigore il 13 dicembre 2025*

2. RELAZIONI AL CONSIGLIO***Relazione di maggioranza (Consigliere Frascatore M.)***

il disegno di legge, oggi sottoposto all'attenzione di codesta Assemblea legislativa, in attuazione degli obiettivi strategici del Programma di Governo della Giunta regionale, riforma l'organizzazione del SSR e rappresenta l'apice di un articolato processo di riordino del sistema, già avviato con la Legge regionale n. 7/2025 ((Riforma dell'azienda ligure sanitaria (A.Li.Sa.) di cui 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 sociosanitaria), modifica della denominazione in "Liguria Salute" e altre disposizioni di riordino in materia sanitaria)).

Il presente provvedimento delinea un organico e coerente disegno di innovazione, prevedendo un rafforzamento della governance che si esplica, da un lato, attraverso il consolidamento delle funzioni regionali di indirizzo, programmazione, valutazione e di controllo e, dall'altro, nella concentrazione dei soggetti operativi (riduzione del numero delle aziende sanitarie), con la finalità promuovere lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, rendendolo più efficace ed efficiente, superando le criticità dettate dall'attuale contesto.

La riforma introduce un nuovo modello di governance unitaria, fondato sulla sinergia tra la Regione e due grandi poli pubblici di erogazione dei livelli assistenziali (azienda unica territoriale e azienda unica ospedaliera sull'area metropolitana genovese), con la finalità di superare frammentazione e disomogeneità dell'offerta assistenziale su un territorio di estensioni ridotte come quello ligure, che hanno storicamente indebolito la risposta sanitaria e sociosanitaria, allineando l'offerta agli standard nazionali definiti dal DM 70 del 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale).

La Liguria è, infatti, la regione più anziana d'Italia e d'Europa. L'invecchiamento e l'elevata prevalenza di cronicità e fragilità generano una domanda sanitaria continua, distribuita e multidisciplinare, in particolare:

- *l'indice di vecchiaia - che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione attraverso il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni - è di 276, contro una media nazionale di 199;*
- *gli "over 80" sono 156.355 (circa il 10,3 % della popolazione ligure);*
- *gli "over 75" sono 245.938 (circa il 16,2 % della popolazione ligure);*
- *la Liguria presenta un'altissima percentuale di pazienti cronici e fragili.*

Il principio ispiratore della presente riforma nasce dalla necessità di superare le riscontrate criticità dell'attuale servizio sanitario regionale: la lunghezza delle liste d'attesa, la disomogeneità della risposta territoriale alla domanda di cura, la frammentazione e duplicazione dei servizi, la carenza di personale sanitario e la disfunzionale allocazione del personale amministrativo.

Tutto ciò rischia di compromettere la garanzia di livelli di qualità dell'assistenza adeguati e uniformi sull'intero territorio regionale e manifesta inefficienze confermate dai dati di monitoraggio della spesa sanitaria.

Il DDL si fonda su due pilastri fondamentali:

- 1) la riforma del sistema di assistenza territoriale e della prevenzione, attraverso la creazione di un'unica Azienda regionale sociosanitaria: le Aziende sociosanitarie liguri saranno incorporate in Liguria Salute, che assumerà il nome di Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria). La stessa gestirà servizi accentrati dotandosi di un operation manager;*
- 2) la riforma dell'organizzazione ospedaliera, attraverso la creazione di un'unica struttura ospedaliera metropolitana (IRCCS Azienda ospedaliera Metropolitana - AOM). L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino dal 1° gennaio 2026 si articolerà nei plessi degli ospedali Policlinico San Martino, Ospedali Galliera, Villa Scassi ed Erzelli. I rapporti con l'EO Ospedali Galliera saranno disciplinati da apposita convenzione.*

Azienda Tutela Salute Liguria (ATS Liguria)

Attualmente, sul territorio regionale operano cinque Aziende sociosanitarie di piccole dimensioni, spesso sotto i benchmark nazionali per popolazione servita. Ciò comporta una risposta assistenziale a volte inadeguata al bisogno espresso, scarsa efficienza, diseconomie nella gestione delle risorse e quote spesso elevate di personale amministrativo rispetto alle aziende sanitarie più performanti in Italia. I servizi sono organizzati in modo diverso tra province, con duplicazioni di staff e frammentazione decisionale. La capacità di risposta a bisogni complessi è fortemente ridotta.

L'intervento normativo in oggetto ha l'obiettivo di realizzare:

- 1) la prossimità delle cure e della presa in carico della persona. Attualmente i cittadini devono "inseguire" i servizi, con troppi accessi al CUP e percorsi dispersivi. Serve un sistema innovativo a carattere proattivo che non aspetti passivamente il cittadino, ma lo intercetti e lo accompagni attraverso percorsi assistenziali individuali, case management ed équipe multiprofessionali; le cure devono avvicinarsi al territorio, con una rete di assistenza domiciliare, Centrali operative territoriali, Case di Comunità, uso degli strumenti della Telemedicina e del teleconsulto;*
- 2) l'abbattimento delle liste d'attesa e la riduzione della mobilità sanitaria extra regione attraverso una regia unica, con programmazione e controllo centralizzato;*
- 3) la valorizzazione dell'empowerment del cittadino, quale soggetto attivo nella promozione della propria salute e nella partecipazione ai processi decisionali del sistema sanitario regionale, nonché della co-progettazione con le comunità locali, il Terzo Settore e i soggetti erogatori privati accreditati, al fine di promuovere una partecipazione attiva e competente ai processi di programmazione e di miglioramento delle condizioni di salute del territorio;*
- 4) la diffusione della cultura della salute e del benessere, orientata alla prevenzione e ai corretti stili di vita, che valorizzi il ruolo attivo dei cittadini, delle scuole, delle comunità locali e delle reti territoriali nella costruzione di ambienti di vita sani e sostenibili promozione della salute e nella riduzione dei fattori di rischio in un sistema di prossimità integrato (modello One Health).*
- 5) la conservazione dell'equilibrio economico del SSR attraverso una funzionale riallocazione delle risorse, concentrando le attività trasversali e di staff e liberando risorse da investire nei servizi.*

Il DDL introduce un innovativo assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale, incardinato su di una governance unitaria e forte, che costituisce un modello all'avanguardia fra le regioni italiane.

Le Aziende sociosanitarie territoriali si integreranno in un'unica Azienda Territoriale Sociosanitaria ligure (che esprime una forte governance centralizzata e persegue uniformità ed equità nell'erogazione dei LEA), guidata da un Direttore generale, coadiuvato da un Direttore sanitario, un direttore amministrativo e da un Direttore sociosanitario.

L'Azienda sanitaria unica, peraltro, per dar voce alle specificità e istanze dei diversi territori, si articolerà in 5 aree sociosanitarie liguri, che corrispondono ai territori delle attuali 5 aziende sociosanitarie liguri:

- 1) Area 1 – Imperia*
- 2) Area 2 – Savona*
- 3) Area 3 – Area Metropolitana di Genova*
- 4) Area 4 – Tigullio*
- 5) Area 5 – La Spezia*

Le aree sociosanitarie liguri (ASL) saranno articolazioni operative e territoriali dell'Azienda sociosanitaria territoriale ligure e avranno funzioni di raccordo organizzativo tra la direzione dell'Azienda e le altre articolazioni – di committenza/erogazione - presenti sul territorio (distretti, presidi ospedalieri, dipartimenti), nonché con le autonomie locali.

Saranno dotate di autonomia gestionale e operativa secondo gli indirizzi aziendali e sulla base degli obiettivi e delle risorse a esse attribuiti. Assicureranno l'equo accesso ai servizi, svolgendo funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione sociosanitaria nel territorio di riferimento.

Garantiranno l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione sociosanitaria e il coordinamento con le attività sociosanitarie e sociali.

Attraverso l'organizzazione distrettuale, le ASL manterranno la funzione di prossimità ai cittadini e alle comunità locali, assicurando che i bisogni del territorio siano letti e tradotti in azioni concrete. Si otterrà un distretto sociosanitario "forte", in cui si integrano i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e si realizzerà la presa in carico unitaria della persona, superando la frammentazione tra sanitario e sociale, in stretto raccordo con i Comuni.

Ciascuna ASL sarà retta da un Direttore di Area, scelto fra soggetti di comprovata esperienza e capacità, che provvederà alla gestione operativa dei servizi sanitari e sociosanitari dell'area, all'allocazione e controllo del budget assegnato dalla Direzione Generale, al coordinamento dei Distretti e delle strutture ospedaliere locali e al monitoraggio, alla valutazione e al controllo dei servizi territoriali, ivi compresi i tempi di attesa. Il Direttore dell'area risponderà direttamente al Direttore Generale dell'Azienda unica e collaborerà con i sindaci del territorio di riferimento.

All'interno dell'Azienda sarà istituita una sesta Area, di operation management, rispondendo all'obiettivo di accentrare, su scala regionale, efficientare ed economizzare le funzioni "no-core". Essa provvederà alla centralizzazione dei servizi amministrativi e delle procedure di reclutamento del personale, agli acquisti unificati, alla gestione unitaria della logistica e dei magazzini, nonché al coordinamento dei laboratori e della diagnostica per immagini, realizzando importanti economie di scala.

Al vertice dell'Azienda Unica si porrà una nuova figura di Direttore Generale, professionista di comprovata esperienza dirigenziale, con un consolidato percorso nel management delle organizzazioni complesse ed elevate competenze in materia di governance aziendale, pianificazione strategica e coordinamento delle funzioni amministrative, cliniche e territoriali.

Il suo operato è orientato all'omogeneizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei processi gestionali ed erogativi sull'intero territorio della Regione, con attenzione alla semplificazione delle procedure burocratiche, al miglioramento della capacità di risposta ai bisogni espressi e dell'efficienza delle strutture organizzative.

Il Direttore Generale dell'ATS Liguria realizzerà pertanto l'integrazione delle cinque aziende sociosanitarie liguri e di Liguria Salute, erogando servizi ad una popolazione complessiva di circa 1.500.000 liguri, a cui si aggiunge la popolazione turistica, sul territorio di 234 Comuni.

In attuazione degli indirizzi strategici regionali, la sua azione sarà volta ad assicurare la risposta sanitaria assistenziale nel rispetto degli standard qualitativi e quantitativi previsti dalla normativa nazionale (in particolare DM 70/2015 e DM 77/2022) e la promozione di modelli organizzativi basati su criteri di appropriatezza, sostenibilità ed efficienza. Lo stesso lavorerà per realizzare la massima integrazione tra ospedale e territorio, garantendo continuità assistenziale e recuperando la centralità del cittadino-paziente, valorizzando le risorse professionali interne, implementando sistemi di controllo e monitoraggio delle performance.

In considerazione della complessità e della rilevanza dei compiti e delle funzioni attribuite al Direttore generale dell'Azienda Territoriale sociosanitaria ligure - che assomma quelle precedentemente attri-

buite ai cinque direttori generali di Asl e a quello di Liguria Salute - nonché del carattere altamente innovativo dell'incarico - che dovrà coniugare rigore gestionale e innovazione organizzativa, attraverso l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili, l'adozione di soluzioni tecnologiche innovative e l'implementazione di best practice di governo clinico e amministrativo - sarà previsto in favore dello stesso un adeguamento del trattamento economico, determinato dalla Giunta regionale, nel rispetto del limite massimo retributivo previsto dalla normativa vigente per il personale pubblico.

L'IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana

Il secondo pilastro della riforma prevede la riorganizzazione della rete ospedaliera per renderla più efficiente e sicura, garantendo in maniera uniforme i livelli essenziali di assistenza (LEA), in un contesto di cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali che hanno aumentato la domanda di cure complesse e croniche sul territorio ligure.

Gli obiettivi principali sono:

- assicurare qualità e sicurezza delle cure;*
- razionalizzare le risorse*
- favorire l'integrazione tra ospedale e territorio*
- ridurre i ricoveri inappropriati, evitare la frammentazione e duplicazione della risposta ospedaliera*
- elevare la qualità degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera nel territorio genovese, in linea con quanto previsto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70.*

Al fine di garantire uniformità e integrazione, nell'ambito metropolitano l'attività ospedaliera sarà gestita in forma coordinata e unificata dall'Area dei servizi ospedalieri tramite:

- a) l'IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana, che ricomprende i plessi degli ospedali San Martino, Galliera, Villa Scassi ed Erzelli;*
- b) Istituto Giannina Gaslini IRCCS;*
- c) Ospedale Evangelico Internazionale.*

L'obiettivo perseguito dal DDL sarà quello di creare un polo unico di eccellenza sull'area metropolitana genovese, con quattro presidi che servono l'intero territorio genovese, con un'unica e integrata gestione, per offrire un'assistenza più efficiente, moderna e vicina ai bisogni reali dei cittadini. L'aumento della complessità dei casi clinici, l'evoluzione tecnologica e la necessità di garantire percorsi di cura integrati richiedono una riorganizzazione del modello ospedaliero. Si tratta di una scelta strategica, orientata al futuro e alla qualità del servizio pubblico.

Attraverso l'integrazione delle strutture, sarà possibile eliminare la frammentazione della risposta nelle cure ospedaliere, razionalizzare e ottimizzare l'uso delle risorse, evitare duplicazioni di reparti e migliorare la pianificazione delle attività.

I pazienti potranno così beneficiare di servizi più completi, di una maggiore rapidità nei tempi di diagnosi e di una presa in carico più personalizzata, grazie alla collaborazione tra diverse équipe specialistiche.

L'IRCCS AOM conserverà la qualifica di Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico, nonché la natura di policlinico per quanto riguarda la didattica e i rapporti con l'Università degli studi di Genova., con il vantaggio di poter condividere fra i presidi procedimenti a carattere innovativo e best

practice. La interdisciplinarietà diventerà una risorsa quotidiana e concreta, con benefici tangibili sia per la qualità clinica sia per la sicurezza delle cure.

I vantaggi riguarderanno anche il personale sanitario che potrà lavorare in un contesto più organizzato, con la possibilità di confrontarsi quotidianamente con colleghi di diverse specialità, accrescendo le proprie competenze e sviluppando nuove sinergie.

Dal punto di vista economico, l'accorpamento permetterà di realizzare economie di scala, ridurre i costi di gestione e razionalizzare l'utilizzo delle risorse. A ciascun presidio sarà preposto un direttore operativo, che lavorerà in stretta collaborazione con il Direttore Generale di AOM.

Per la realizzazione della riforma, il DDL prevede alcune disposizioni di carattere transitorio che permetteranno di realizzare il progetto complessivo verso un nuovo SSR.

Tra tali previsioni, particolare rilevanza sarà rivestita dalla costituzione di un Board formato dal Presidente, dall'Assessore con delega alla Sanità, dal Direttore Generale della Direzione di Area salute e Servizi Sociali della Regione, dal Direttore generale centrale Finanza, bilancio e controlli della Regione, dal Direttore Generale di ATS Liguria, dal Direttore generale dell'IRCCS AOM, dal Presidente dell'EO Ospedali Galliera, o suo delegato, e dal Direttore Generale di Liguria Digitale, finalizzato al controllo strategico dell'attuazione della riforma.

Ai sensi della legge regionale 1/2011 e dell'articolo 132 del Regolamento interno del Consiglio regionale, il presente provvedimento è stato sottoposto al parere obbligatorio del Consiglio delle Autonomie Locali della Liguria, che, in data 28 novembre 2025, ha espresso un parere favorevole condizionato al recepimento del maxiemendamento all'art. 1 del DDL proposto dallo stesso organismo.

In sede di II Commissione consiliare è stato dedicato ampio spazio programmando un fitto calendario di audizioni che ha coinvolto più di 170 soggetti tra interlocutori istituzionali e rappresentanti delle categorie e delle associazioni interessate, nonché degli organismi a tutela dell'utenza e delle rappresentanze sindacali generali e settoriali e dalla loro fattiva partecipazione sono stati resi importanti contributi.

Nel corso della trattazione e del relativo dibattito sono state presentate ed esaminate alcune proposte emendative d'iniziativa della Giunta che hanno riguardato:

- ✓ *la modifica all'art. 29 della legge regionale 7 novembre 2013, n. 33 per permettere alla regione di anticipare alla Città metropolitana di Genova, per l'anno 2025, una quota delle risorse aggiuntive del Fondo Nazionale Trasporti (per un massimo di 14.300.000,00 euro) per garantire la necessaria liquidità nell'ambito del trasporto pubblico metropolitano genovese;*
- ✓ *il rafforzamento del raccordo istituzionale con il Comitato autonomie locali, recependo le osservazioni espresse in sede consultiva dallo stesso CAL, al fine di favorire la partecipazione degli enti locali al processo decisionale;*
- ✓ *riportare a coerenza del disegno normativo la qualifica dell'Ospedale Evangelico Internazionale all'interno del sistema sanitario regionale.*

A conclusione dell'esame, nella seduta del 4 dicembre 2025, la II Commissione consiliare ha approvato il DDL, con gli emendamenti proposti, a maggioranza di voti.

Il mio auspicio è che anche l'Assemblea legislativa intenda esprimere il proprio consenso per un provvedimento connotato da forti caratteristiche finalizzate alla realizzazione di obiettivi di grandi trasformazioni.

In conclusione, con il presente DDL si definisce una organica e uniforme disciplina del governo delle politiche e dei servizi sanitari regionali, che, costituendo un'innovazione di sistema ritenuta appropriata con gli obiettivi di razionalizzazione, mira a perseguire la sostenibilità del sistema stesso e a migliorare la qualità e l'adequazione dei servizi sanitari e sociosanitari, al fine di tendere ad assicurare la tutela del diritto fondamentale alla salute.

Relazione di minoranza (Consigliere Casella J.)

La discussione sul DDL 85/2025 avrebbe richiesto tempo, ascolto e un metodo rispettoso della complessità del sistema sanitario regionale. È avvenuto l'opposto. La riforma è stata introdotta con tempistiche che gli stessi Comuni hanno definito "inadeguate" e tali da impedire un confronto effettivo, come evidenziato dalla deliberazione del Comune di Quiliano che lamenta una procedura condotta senza la "necessaria concertazione" e con un ruolo dei Sindaci ridotto a pura formalità consultiva, non coerente con le funzioni di autorità sanitaria attribuite loro dall'ordinamento vigente.

Lo stesso giudizio emerge dalle memorie degli ordini e degli operatori: l'Ordine degli Assistenti Sociali parla apertamente di iter "troppo rapido" e di assenza di un coinvolgimento reale di professioni, Terzo settore e sindacati, mentre la Confederazione dei diritti del malato denuncia la presentazione "perentoria" del provvedimento, priva di un confronto preliminare sulle conseguenze concrete per i cittadini e per la rete dei servizi.

Questo difetto originario non è un elemento marginale: condiziona l'intera costruzione normativa. Perché una riforma sanitaria regionale può reggersi solo se è il risultato di una conoscenza capillare dei territori e delle comunità, e di un ascolto strutturato di chi opera quotidianamente all'interno di servizi già oggi sotto pressione. Il DDL e il maxiemendamento, invece, delineano un riassetto radicale costruito dall'alto, senza che siano state valutate, né tantomeno condivise, le ricadute sui presidi periferici, sui distretti, sulle strutture sociosanitarie comunali e sulla tenuta del personale in un momento già segnato da carenze diffuse.

La scelta di istituire una ATS unica rappresenta il fulcro di questo impianto. L'accentramento di funzioni essenziali – programmazione operativa, gestione del personale, acquisti, contratti con i privati, emergenza-urgenza – nelle mani di un'unica direzione generale e di un Board strategico collocato presso l'Assessorato riscrive l'equilibrio istituzionale del sistema. La documentazione comparata chiarisce che le attuali ASL vengono trasformate in articolazioni sub-aziendali con autonomia estremamente limitata, mentre i distretti assumono un ruolo subordinato rispetto alla filiera di comando centrata su ATS.

I Comuni, pur essendo i soggetti che più conoscono la domanda sociale e sociosanitaria, vedono ridotto il proprio intervento a un parere non vincolante. Il rischio indicato dai territori – quello di una "rappresentanza della rappresentanza", lontana dalle comunità amministrate – è del tutto fondato, soprattutto in una regione morfologicamente fragile come la nostra.

L'indebolimento degli spazi democratici locali si tradurrà inevitabilmente in una perdita di prossimità. In più passaggi i Comuni, le organizzazioni sociali e gli ordini denunciano possibili ridimensionamenti dei presidi minori, timore rafforzato dall'impianto ospedaliero delineato per l'IRCCS metropolitano, che accentra specialistiche, diagnostica e funzioni ad alta complessità nell'area genovese. Lo sposta-

mento del baricentro verso Genova produrrà una crescita della mobilità sanitaria interna che non può essere considerata un miglioramento dell'accesso: è, al contrario, il segnale di una rete territoriale che rischia di svuotarsi progressivamente. I Comuni lo hanno chiarito in modo netto, segnalando che non esistono garanzie circa la salvaguardia dei servizi nelle aree più periferiche, né criteri trasparenti di distribuzione delle attività che tutelino l'equità territoriale.

Un altro elemento dirimente riguarda la scelta di riconoscere ai soggetti privati accreditati "pari diritti e poteri" nella co-programmazione. La norma appare incompatibile con la necessaria distinzione tra la funzione pubblica di committenza e l'attività di erogazione, distinzione che ha lo scopo, ben noto, di evitare conflitti di interesse e orientamenti distorti dell'offerta verso le prestazioni più remunerative. La stessa analisi tecnico-istituzionale parla del rischio concreto di "cattura" della programmazione da parte degli erogatori più forti e di indebolimento dell'imparzialità nell'allocazione delle risorse.

In un contesto in cui il privato è già molto presente, aprire la programmazione ai soggetti accreditati significa cedere un pezzo del governo pubblico del sistema.

Ancora più preoccupante è l'assenza di una reale quantificazione dei costi. Il disegno di legge, nella sua formulazione originaria, applicava una rigida clausola di invarianza finanziaria; il maxiemendamento ha sostituito tale clausola con un generico richiamo alle risorse della Missione 13 per il solo biennio 2026-2027, rinviando al futuro la definizione degli oneri strutturali. Nessuna analisi dei costi di start-up è stata presentata: fusioni, riallocazioni di personale, informatizzazione, adeguamento del patrimonio immobiliare, riorganizzazione delle linee di comando non sono operazioni neutre. Gli operatori lo hanno ricordato con chiarezza: senza nuovi investimenti, il rischio è che "la riforma resti un riassetto organizzativo a costo zero", quindi inefficace.

La Corte dei Conti richiama un quadro già critico: disavanzo sanitario strutturale, residui elevati, indebitamento consistente, ritardi nei pagamenti e una perimetrazione sanitaria non conforme agli standard nazionali. Procedere senza un solido fondamento economico significa aggravare una fragilità strutturale che la Regione non ha voluto affrontare.

Ma vi è un ulteriore scarto, forse il più evidente: la distanza tra la riforma e i bisogni reali della società ligure. I dati INPS delineano una regione segnata dall'invecchiamento più avanzato del Paese, da un incremento delle disabilità certificate, da un ricorso crescente alle misure di sostegno al reddito, da un mercato del lavoro fatto di part-time involontario, stagionalità e redditi bassi. La pressione sul sistema sanitario deriva da una domanda crescente di presa in carico territoriale, di domiciliarità, di continuità assistenziale e di prevenzione. Non vi è traccia, nella riforma, di un piano strutturale dedicato a questi ambiti: il ruolo dei distretti rimane nominale, i servizi domiciliari non vengono potenziati, la medicina generale e l'infermieristica di comunità restano prive di un progetto organico, e il sistema sociale comunale rischia di essere assorbito nella struttura sanitaria senza rafforzamento delle risorse e delle professionalità necessarie. L'Ordine degli Assistenti Sociali ha ricordato quante carenze strutturali esistano, evidenziando che oggi la Liguria dispone di appena 222 assistenti sociali, quando ne servirebbero almeno un centinaio in più per rispettare gli standard minimi.

A questa distanza tra obiettivi dichiarati e bisogni reali si aggiunge l'assenza di una visione sulla prevenzione. La Liguria, nei punteggi LEA, presenta criticità marcate proprio nella macroarea Prevenzione, ma la riforma non affronta il tema con obblighi, obiettivi misurabili o investimenti dedicati. Ancora meno convincenti sono le previsioni riguardanti l'emergenza-urgenza, riportata sotto ATS senza garanzie di mantenimento dei presidi e dei tempi di risposta nelle aree interne.

In un contesto così delineato, il voto contrario a questa riforma non è un atto di mera opposizione politica. È la difesa di un principio: la sanità pubblica deve essere vicina alle persone, attenta alle differenze territoriali, guidata da un governo democratico e partecipato, non da un accentramento tecnocratico che rischia di allontanare decisioni e servizi dalle comunità. La richiesta dei Comuni di sospendere l'iter per riaprire un confronto vero, contenuta nella deliberazione di Quiliano, rappresenta un appello che questo Consiglio non può ignorare.

Per tutte queste ragioni, questa relazione di minoranza invita il Consiglio regionale a fermare l'approvazione del DDL 85/2025, riaprire un percorso trasparente e partecipato, e ricostruire una riforma che parta dalle persone, dai territori e dai dati reali, restituendo alla sanità pubblica ligure la solidità istituzionale, la prossimità e l'equità che questo provvedimento, così come proposto, non garantisce.

Relazione di minoranza (Consigliere Giordano S.)

Il disegno di legge sulla riforma del Servizio sanitario regionale ligure nasce con obiettivi condivisibili: superare disomogeneità territoriali, ridurre la frammentazione gestionale, uniformare i LEA, rafforzare la sanità di prossimità e aggredire le liste d'attesa. In una regione con popolazione anziana, alta cronicità e forti differenze tra aree urbane, costa ed entroterra, un riassetto può apparire necessario. Il nodo politico, però, non è se serva una riforma, ma se questa, per come è strutturata, sia davvero in grado di raggiungere gli obiettivi senza produrre effetti collaterali peggiori dei problemi che intende risolvere.

La scelta centrale del ddl è una forte centralizzazione. Sul territorio si prevede la fusione delle cinque ASL e della struttura regionale di supporto in un'unica azienda sanitaria territoriale regionale dal 1° gennaio 2026. Sul piano ospedaliero si istituisce una grande azienda metropolitana genovese che accorpa i principali presidi del capoluogo, con l'obiettivo di integrare alta specialità, ricerca e urgenza. Il modello promette minori duplicazioni, procedure uniformi e una regia più forte.

Tuttavia, accentramento non significa automaticamente efficienza o prossimità. Un'unica azienda territoriale può semplificare la programmazione, ma rischia di allontanare le decisioni dai bisogni reali dei territori, in una Liguria molto eterogenea per accessibilità, densità di servizi e fragilità sociali. La standardizzazione può ridurre la flessibilità e trasformare la "prossimità" in un principio enunciato più che praticato.

Seconda criticità: i tempi di attuazione. La transizione prevista è rapida e compressa, con ricognizioni e trasferimenti automatici di funzioni. Una fusione di questa portata richiede invece fasi solide e progressive (bilanci, personale, sistemi informativi, contratti, continuità dei servizi). Accelerare troppo espone a disfunzioni nel breve periodo, proprio mentre il cittadino continua a necessitare di cure e presa in carico.

Il tema più decisivo resta però il personale, quasi fuori campo nel testo. Rafforzare il territorio significa più équipe multiprofessionali, assistenza domiciliare, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria. Ma tutto ciò vive nelle persone: medici, infermieri di comunità, specialisti territoriali, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, operatori della salute mentale e delle dipendenze. Senza obiettivi vincolanti di reclutamento e stabilizzazione e senza un piano straordinario di organici, la riforma rischia di creare "contenitori vuoti", lasciando invariati i colli di bottiglia.

Analoga perplessità riguarda la sostenibilità economica. Il ddl rivendica neutralità finanziaria contando su risparmi amministrativi. Ma tali risparmi sono marginali rispetto ai fabbisogni reali del SSR e la fusione genera inevitabili costi di transizione (informatica, logistica, formazione, riorganizzazioni).

Promettere risultati ambiziosi a “costo zero” appare incoerente.

Sul versante ospedaliero, la nuova azienda metropolitana genovese può migliorare il coordinamento dell'eccellenza, ma rischia di accentuare la polarizzazione tra Genova e le altre province, drenando risorse e attrattività. Inoltre, molte scelte operative decisive (reti cliniche, percorsi paziente, rapporti con il territorio) sono rinviate ad atti successivi, impedendo oggi una valutazione completa.

Infine, una riforma organizzativa dovrebbe garantire con forza la tutela delle fragilità e dei bisogni complessi (disabilità, malattie rare, cronicità multiple, salute mentale, dipendenze, età evolutiva, non autosufficienza). Servono responsabilità chiare, standard di presa in carico e obblighi di continuità: senza vincoli concreti, il riassetto può disperdere reti costruite nel tempo.

In sintesi, il ddl propone una riorganizzazione forte ma sbilanciata sulla leva istituzionale. Centralizzare può avere vantaggi solo se accompagnato da garanzie territoriali reali, transizione solida e investimenti certi su personale e prossimità. In assenza di questi elementi, il rischio è una riforma “di comando” più che “di cura”, con nuove strutture ma problemi invariati per chi attende una visita, per chi vive nell'entroterra e per chi lavora in servizi già sotto organico. Non è opposizione al cambiamento, ma richiesta di coerenza tra obiettivi dichiarati e strumenti messi davvero in campo per raggiungerli.

Relazione di minoranza (Consigliere Ioculano E.)

La riforma della governance sanitaria che la maggioranza si appresta ad approvare rappresenta un intervento destinato ad avere un impatto enorme sul futuro della sanità ligure. Le conseguenze riguarderanno non solo il funzionamento delle strutture, ma soprattutto la vita quotidiana dei cittadini e le condizioni di lavoro del personale sanitario.

In queste settimane abbiamo assistito a un dibattito condotto in fretta, con scarsa condivisione e del tutto privo di un confronto reale con le comunità locali, con gli operatori del settore e con quegli organismi istituzionali che, per legge, dovrebbero partecipare alle decisioni.

In questa relazione intendo esporre con chiarezza le ragioni per cui riteniamo questa riforma profondamente sbagliata e illustrare la nostra proposta alternativa, frutto di un lavoro condiviso e basato su principi di equilibrio, conoscenza del territorio e rispetto istituzionale.

Durante le audizioni dei giorni scorsi abbiamo ascoltato tutti gli attori coinvolti nel sistema sanitario. Nessuna — ripeto, nessuna — delle associazioni, degli Ordini professionali o dei sindacati era stata consultata preventivamente per discutere la riforma.

Abbiamo più volte sottolineato che non esiste alcuna pregiudiziale politica sull'idea di aggiornare una legge vecchia di vent'anni. Non contestiamo la necessità di una riforma in sé, ma riteniamo inaccettabile procedere in questo modo.

La prima criticità evidente riguarda la scelta di accentrare in un'unica struttura regionale quasi tutte le funzioni oggi distribuite tra le diverse ASL. Il modello immaginato dalla Giunta ignora completamente la specificità della Liguria: una regione lunga, articolata, con aree periferiche che hanno esigenze molto diverse rispetto alla città metropolitana di Genova. In questo impianto non c'è alcuna garanzia che i cittadini possano continuare ad accedere ai servizi nel proprio territorio. Il rischio, anzi, è quello di ampliare il divario tra centro e periferia, applicando criteri uniformi a realtà che uniformi non sono.

La riforma, inoltre, non affronta il tema dei tempi di accesso alle prestazioni né quello della continuità assistenziale nelle zone più fragili. La soppressione delle direzioni generali delle ASL, sostituite da un nuovo “direttore d’area”, introduce una figura priva di riconoscimento normativo nazionale e non soggetta ai requisiti, alle responsabilità e alle garanzie previste dalla legislazione attuale per i direttori generali. Il direttore d’area, così come definito dal testo, appare come un semplice esecutore del budget, senza reale autonomia decisionale. È un punto tutt’altro che secondario: un sistema sanitario efficiente ha bisogno di una leadership forte e responsabile, non di figure facilmente sostituibili e dipendenti da rapporti fiduciari più che da competenze e risultati.

La riforma interviene in maniera altrettanto problematica sull’organizzazione del personale. La concentrazione delle funzioni a Genova comporterà che tutte le decisioni su primariati, sostituzioni, nomine e rinnovi saranno prese nel capoluogo. Questo rischia di mettere in svantaggio i professionisti delle aree periferiche, costretti a competere in un sistema che non tiene conto delle specificità locali e che finisce per premiare la prossimità al centro decisionale. Il pericolo è un ulteriore indebolimento dell’offerta sanitaria nelle zone più lontane, con maggiori difficoltà nel trattenere personale qualificato.

Un altro elemento critico è l’inevitabile armonizzazione dei contratti integrativi. Le ASL liguri hanno costruito negli anni assetti contrattuali e relazioni sindacali molto differenti. Le esperienze di accorpamento già avvenute dimostrano che integrare contratti diversi richiede anni, non settimane. Pensare di allineare rapidamente i contratti dalla ASL 1 alla ASL 5 è irrealistico e pericoloso: un cambiamento repentino avrebbe un impatto pesante sulla qualità del lavoro e, di conseguenza, sui servizi ai cittadini.

La riforma svaluta inoltre il ruolo dei sindaci, fino a oggi il principale presidio democratico nelle scelte sanitarie territoriali. La Conferenza dei Sindaci, che aveva poteri concreti — come l’approvazione dei bilanci triennali e la partecipazione alla definizione degli indirizzi — verrebbe ridotta a un organismo privo di potere effettivo, chiamato solo a esprimere pareri non vincolanti. Si tratta, di fatto, di escludere i territori dalla governance sanitaria. Le decisioni verranno prese quasi esclusivamente a Genova, cancellando l’equilibrio tra centro e periferia che negli anni aveva garantito almeno un ascolto istituzionale delle comunità locali.

L’accentramento dei poteri non è solo una scelta discutibile: è anche un problema democratico. Un sistema sanitario funziona se mantiene un rapporto diretto, stabile e trasparente con le comunità. Indebolire il ruolo dei sindaci significa ridurre la capacità dei cittadini di far valere le proprie esigenze e indebolire un presidio essenziale di controllo democratico.

Alla luce di queste criticità abbiamo elaborato un modello alternativo, fondato su una logica diversa. Il primo punto, per noi imprescindibile, riguarda la conoscenza del fabbisogno sanitario. Non è possibile riformare la governance senza disporre di dati aggiornati sui bisogni della popolazione.

La riforma proposta dall’amministrazione regionale procede invece senza un’analisi recente: l’ultimo studio epidemiologico risale al 2014 e l’ultimo piano sociosanitario non includeva una valutazione approfondita dei bisogni. In Liguria non si conduce uno studio epidemiologico da più di dieci anni e non esiste un’analisi organica del fabbisogno sanitario: procedere senza questi dati significa agire alla cieca.

Il secondo elemento della nostra proposta riguarda l’organizzazione territoriale. Per mantenere un equilibrio tra livello centrale e realtà locali, riteniamo necessario conservare l’attuale articolazione delle ASL, inserendola però in un sistema di coordinamento basato sulle “aree ottimali” previste dalla legge 41/2006: tre macro-aree sovra-aziendali (Ponente, Area metropolitana e Levante).

Queste aree avrebbero il compito di uniformare procedure, evitare sprechi, favorire l'appropriatezza e creare sinergie tra aziende contigue, senza cancellare le specificità territoriali. In Commissione Sanità abbiamo discusso spesso il tema dell'appropriatezza, constatando come in alcuni casi il 30–40% delle prescrizioni diagnostiche riviste risultasse non adeguato. Un dato del genere richiede un coordinamento serio e fondato su basi scientifiche, non un accorpamento affrettato e privo di studi epidemiologici.

Un altro pilastro della nostra proposta è il superamento della logica dei commissariamenti nell'edilizia sanitaria. La costruzione di nuovi ospedali deve rientrare nella programmazione ordinaria dell'assessorato alla sanità: senza una regia competente e integrata, nessuna opera strategica può essere portata avanti nei tempi previsti.

Anche la transizione digitale è decisiva: oggi le aziende liguri utilizzano sistemi informatici diversi e spesso incompatibili, con percorsi dei pazienti frammentati e difficoltà di scambio dei dati. Superare questa situazione richiede tempo, investimenti e un piano serio, non interventi urgenti e improvvisati.

Abbiamo cercato di migliorare la proposta della Giunta, ma riteniamo necessario ribadire che una riforma di questa portata non può essere realizzata in quindici giorni.

In una regione come la Liguria, la prossimità non è un concetto astratto: è una necessità. Le persone devono poter contare su servizi territoriali forti, in grado di prendersi cura dei pazienti fragili, ridurre i ricoveri evitabili, garantire continuità assistenziale e coordinare le cure domiciliari. La nostra idea è una sanità che si avvicina al cittadino, non che lo costringe a spostarsi continuamente.

La rete ospedaliera deve essere governata in modo unitario, soprattutto nell'area metropolitana genovese, dove coesistono molte strutture: San Martino, Galliera, Villa Scassi, Gaslini, l'Ospedale Evangelico Internazionale, Sestri, Pontedecimo e altri presidi. Un coordinamento unico permette di evitare duplicazioni, definire percorsi clinici coerenti, migliorare la gestione delle urgenze e chiarire le specializzazioni di ciascun ospedale.

I medici di base sono la colonna vertebrale della sanità territoriale. Coinvolgerli davvero nella governance significa costruire protocolli condivisi, rafforzare la presa in carico dei pazienti cronici e integrare i percorsi di cura.

La riforma deve inoltre prevedere la definizione di un unico grande Piano Sociale-Sanitario Integrato. La distinzione tra sociale e sanitario non risponde più alle esigenze reali delle persone, che richiedono percorsi continui e integrati di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza.

I sindaci devono tornare ad avere un ruolo centrale nella governance: devono poter incidere sui bilanci, sugli indirizzi e sulla programmazione dell'offerta nel proprio territorio. Ridurli a un ruolo marginale significa allontanare la sanità dalle comunità.

La nostra non è una proposta ideologica. È una visione concreta di una sanità pubblica moderna, sostenibile e vicina alle persone. Non ci opponiamo alla riforma per principio, ma perché riteniamo che sia sbagliata nel metodo e pericolosa nella sostanza: centralizza, indebolisce i territori, riduce il ruolo dei sindaci, frammenta la governance e non parte dai bisogni reali della popolazione.

Le nostre proposte rappresentano un modello equilibrato, costruito sulla conoscenza del territorio, sulla prossimità, sulla valorizzazione del personale e sull'integrazione tra ospedale, territorio e comunità.

Crediamo in una sanità che ascolta, che programma, che si modernizza, che mantiene il pubblico come guida e che garantisce a ogni cittadino ligure non solo il diritto alla cura, ma il diritto alla cura nel proprio territorio.

La riforma di governance che proponete avrà ricadute concrete sulla vita dei cittadini e sulle condizioni dei lavoratori. Le scelte di oggi influenzeranno gli anni a venire. Per questo riteniamo necessario un impegno forte, una mobilitazione ampia e un confronto vero con le comunità: solo così sarà possibile costruire un sistema che rispetti i territori, valorizzi le professionalità e garantisca a tutti i liguri il diritto a una sanità pubblica efficace, accessibile e di qualità.

Premesso che, come abbiamo ribadito in tutte le occasioni possibili, non condividiamo nella sua interezza il progetto normativo introdotto con il DDL 85 — progetto rispetto al quale esprimiamo una totale contrarietà tanto nel metodo adottato quanto nei contenuti — abbiamo comunque ritenuto utile presentare alcuni emendamenti. Questi emendamenti non possono, da soli, migliorare un impianto che giudichiamo inadeguato, ma possono quantomeno mettere in evidenza alcune criticità e, si spera, favorire una riflessione più approfondita.

Il primo emendamento riguarda la necessità di citare, nelle premesse della nuova legge regionale, il Decreto Legislativo 833/1978, con cui è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale, finanziato attraverso la fiscalità generale, e riconosciuto il diritto fondamentale alla salute per tutti i cittadini sulla base dei principi di universalità, equità e solidarietà.

Accanto a questo richiamo ai principi fondativi del nostro ordinamento, abbiamo presentato un emendamento volto a confermare l'individuazione delle tre aree ottimali — Levante, Metropolitana e Ponente — già previste dalla legge 41/2006. Si tratta di ambiti territoriali in grado di garantire prestazioni di elevata complessità, volumi di attività coerenti con criteri di efficienza ed economicità e una distribuzione geografica compatibile con la piena accessibilità dei cittadini.

Ci siamo quindi soffermati sul ruolo dei Comuni, che la riforma ridimensiona in modo significativo. Abbiamo proposto alcune modifiche al testo del DDL per riaffermare le loro funzioni, in particolare per quanto riguarda le Conferenze dei Sindaci dell'ATS Liguria e delle singole ASL.

In questo senso proponiamo l'introduzione della doppia maggioranza per l'elezione dei Presidenti, quale strumento capace di garantire una maggiore condivisione e una rappresentanza effettiva dell'intero territorio. Abbiamo inoltre suggerito che la Conferenza dei Sindaci dell'ATS svolga le proprie funzioni senza avvalersi di soggetti associativi intermedi, ma attraverso la partecipazione diretta dei rappresentanti comunali.

Abbiamo anche proposto di inserire tra le competenze della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Tutela Salute l'approvazione del bilancio di previsione pluriennale, così da consentire una programmazione più adeguata delle azioni e delle modalità di integrazione fra prestazioni sanitarie e misure di protezione sociale, soprattutto in relazione ai bisogni complessi.

Nello stesso spirito abbiamo richiesto che gli atti fondamentali dell'Azienda Tutela Salute continuino a prevedere — come è stato fino a oggi — la preventiva intesa con la Conferenza dei Sindaci, e non un semplice parere non vincolante.

Per quanto riguarda le funzioni e l'organizzazione dell'ATS Liguria, la nostra proposta prevede di abro-

gare la possibilità, per i Comuni, di delegare alla stessa ATS le attività o i servizi relativi alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Questa impostazione presenta criticità di varia natura. Anzitutto un problema di metodo: una norma che incide sulle competenze comunali dovrebbe nascere da un percorso di confronto e condivisione che, in questo caso, non si è svolto in modo adeguato. Inoltre, il fatto di non definire un modello unico ma consentire a porzioni diverse del territorio di scegliere come gestire parte dei servizi di competenza comunale significa rinunciare a un modello regionale di welfare. Si rischia così di creare una realtà “a macchia di leopardo”, relegando ancora una volta le politiche sociali a un ruolo marginale, subordinate a quelle sanitarie anziché poste sullo stesso livello, condizione indispensabile per una reale integrazione sociosanitaria.

A queste criticità si aggiungono considerazioni di merito relative alla natura stessa dei servizi sociali, che richiedono un forte radicamento nel territorio e nelle comunità di riferimento.

Le politiche sociali non erogano semplici prestazioni: si occupano della presa in carico delle persone fragili, la cui condizione deriva quasi sempre dall'intreccio di più determinanti — sociali, lavorativi, abitativi, educativi e sanitari.

Non a caso il Piano Sociale Integrato Regionale (PSIR) ha l'obiettivo di integrare le politiche sociali con gli altri servizi alla persona, tra cui la sanità.

La vera sfida che la normativa e i piani di programmazione dovrebbero affrontare è la costruzione di un modello regionale capace di tenere insieme realtà territoriali profondamente diverse, dalla città capoluogo ai piccoli comuni dell'entroterra, affinché tutti i cittadini liguri possano ricevere risposte omogenee ai loro bisogni.

Il piano sociale integrato, approvato nel febbraio 2024, prevede una riorganizzazione territoriale complessa e non priva di difficoltà, anche a causa della scarsa condivisione a monte con i territori. Nonostante questo, i Comuni hanno lavorato con impegno per adeguarsi e molti sono pronti ad approvare gli atti necessari nei rispettivi Consigli, in vista della scadenza prorogata al 31 dicembre 2025.

Riteniamo quindi utile proseguire il percorso delineato dal PSIR, evitando che la nuova norma sanitaria renda vano il lavoro svolto.

Dare concretezza all'integrazione sociosanitaria è un obiettivo condiviso, sul quale chiediamo che la nuova organizzazione della sanità territoriale si impegni in modo sostanziale, anche alla luce degli indirizzi contenuti nel DM 77/2022.

Osserviamo inoltre che il DDL assegna alle nuove Aree Sociosanitarie Locali (ASL) l'erogazione delle prestazioni e dei servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza (LEA): prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera, prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione, servizi di emergenza sul territorio.

Tuttavia, la formulazione del nuovo articolo 17 ter, che prevede che tali prestazioni siano erogate “entro i limiti delle risorse assegnate dall'ATS”, risulta inaccettabile. I LEA rappresentano il nucleo minimo e inderogabile delle garanzie da assicurare uniformemente a tutti i cittadini e non possono essere limitati

da vincoli di bilancio, come ribadito dalla giurisprudenza in materia. Per questa ragione proponiamo di eliminare la frase che subordina l'erogazione dei LEA ai limiti di spesa imposti dall'Azienda Tutela Salute.

Con altri emendamenti chiediamo di ripristinare, come previsto nella legge 41 oggi oggetto di revisione, alcuni requisiti che attestino la competenza nel settore sanitario, sociosanitario o socioassistenziale dei professionisti chiamati a dirigere le nuove ASL e l'area "Liguria Salute". Tale competenza deve essere comprovata da esperienze effettive di direzione nel settore specifico.

Infine, proponiamo l'introduzione di una clausola valutativa, completamente assente nel DDL 85 ma indispensabile per comprendere come il sistema risponderà alla riforma e quali saranno gli effetti sui rapporti con i Comuni, sul personale coinvolto, sull'adeguatezza dei servizi e sull'efficacia delle risposte ai cittadini. È uno strumento necessario per garantire che la legge possa essere aggiornata o corretta tempestivamente qualora emergessero criticità.

In conclusione, riteniamo necessario stigmatizzare l'approccio adottato dalla Giunta su una riforma di tale rilevanza, soprattutto per le tempistiche scelte, che non rispondono a criteri di efficacia amministrativa ma a esigenze politiche contingenti. Il punto è evidente: la Regione Liguria rischia concretamente di vedere il proprio sistema sanitario commissariato dal Ministero, alla luce del disavanzo che si profila. Questa riforma appare dunque come l'unica carta che il Presidente intende giocare per evitare il commissariamento, più come strumento di interlocuzione politica che come reale progetto di miglioramento del sistema sanitario.

È doveroso sottolineare questa contraddizione: da anni il centrodestra sostiene che i conti della sanità ligure siano in ordine, ma i fatti mostrano il contrario. La riforma rappresenta l'ultima mossa con cui il Presidente Bucci tenta di salvaguardare l'immagine propria e delle precedenti amministrazioni, assumendosi però il rischio di compromettere ulteriormente il futuro del sistema sanitario regionale.

Relazione di minoranza (Consigliere Pastorino G.B.)

La riforma sanitaria prevista nel DDL 85, ai miei occhi, appare soltanto come una riforma della governance del sistema sanitario. In realtà, se si volesse parlare davvero di un processo di riforma del servizio sanitario, esso dovrebbe partire dai bisogni della comunità ligure: bisogni certamente cambiati rispetto a trent'anni fa, ma ancor di più modificati dopo la tanto citata epidemia di Covid-19.

Il punto di partenza sarebbe dovuto essere proprio questo: misurare i nuovi bisogni che si sono determinati, bisogni articolati e diversi fra le varie porzioni del territorio regionale. La Liguria non è grande, ma ha una caratteristica precisa: è un territorio di difficile accessibilità, segnato da uno spostamento costante della popolazione verso la costa, ma che conserva comunità solide nel proprio entroterra. Queste comunità rischiano un vero e proprio isolamento per motivi logistici, di trasporto e socio-economici.

Quello che sconcerta del DDL 85, tuttavia, è la tempistica. Da tempo sostengo che il nostro servizio sanitario andasse riformato: non solo nella governance, ma anche nel modo stesso di erogare i servizi, alla luce dei profondi cambiamenti sociali e tecnologici degli ultimi vent'anni.

Ed è quindi naturale che sorga il dubbio che le motivazioni di questa riforma non siano esclusivamente orientate al miglioramento del servizio. Appare evidente che il Presidente Bucci abbia valutato con attenzione un'operazione più tattica che strategica: in una regione dove il disavanzo sanitario cresce a

dismissione, presentare una riforma che entra in vigore il 1° gennaio 2026 sembra voler dire al Governo: "Aspettate a commissariare, stiamo intervenendo noi." Non vedo altre ragioni plausibili per tempistiche così ristrette.

E cosa ci rimane dopo aver ascoltato decine e decine di soggetti uditi? La mancata condivisione.

Non è stato condiviso il testo di questa riforma con i sindacati, con gli ordini professionali, con i sindaci – che pur non avendo competenza diretta sulla sanità sono responsabili della salute delle loro comunità – né con i soggetti economici e del terzo settore, che pure fanno parte a pieno titolo del sistema integrato fra salute e servizi sociali. Tutti hanno espresso quantomeno perplessità sulle tempistiche e sulla mancanza di elementi essenziali.

Le contraddizioni principali sono almeno due.

Primo: un vero processo di riforma avrebbe dovuto partire da un'analisi accurata dei bisogni della popolazione, dell'evoluzione epidemiologica, di quanto avvenuto negli ultimi anni e dell'appropriatezza delle prescrizioni mediche. Avrebbe dovuto guardare allo spopolamento delle aree interne, alle difficoltà logistiche dei trasporti in Liguria e al rischio concreto, in alcune condizioni, che i servizi sanitari restino isolati dalla popolazione stessa.

Secondo: nel testo presentato si parte dal presupposto dell'invecchiamento della popolazione ligure, ma poi questo dato sembra non avere alcun peso nella costruzione della riforma. Un sistema sanitario che si rivolge a una popolazione sempre più anziana ha bisogno di una sanità di prossimità attenta ed efficiente. Il processo delineato, invece, sembra muoversi – per molti aspetti – nella direzione opposta.

STRUTTURA DI RIFERIMENTO

Settore Staff e affari giuridici della Direzione generale di area Salute e servizi sociali