Allegato alla Deliberazione A.T.S.L. n. ____ del _____

ATS LIGURIA

AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA



Asl1 AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Asl2 AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Asl3 AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Asl4 AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Asl5 AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Liguria Salute
AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE

INDICE

Definizioni 7

Premesse 9

CAPO I - L'AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA 13

1. La L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., istitutiva dell'Azienda Tutela della Salute Liguria 13

2. Quadro normativo di riferimento 15

2.1 Normativa nazionale 15

2.2 Normativa regionale 17

3. Natura dell'Azienda, sede legale e logo aziendale 17

3.1 Natura dell'Azienda e sede legale 17

3.2 Elementi identificativi del territorio 19

3.3 Logo 19

3.4 Patrimonio 20

3.5 Dotazione organica 21

CAPO II - FINALITA' ISTITUZIONALI E VISIONE STRATEGICA 22

4. Il contesto territoriale e demografico di riferimento 22

5. *Mission* e visione strategica 23

5.1 La *mission* aziendale 23

5.2 Visione strategica, mandato normativo e quadro istituzionale 29

5.3 L'Azienda e il nuovo modello di *governance* territoriale 30

5.4 Valore delle reti, comunicazione e promozione della partecipazione 31

5.5. Le Case della Comunità 33

5.6. Gli Ospedali di Comunità 35

5.7. La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) 35

5.8 Obiettivi generali di integrazione sociosanitaria 36

5.9 Obiettivi generali a carattere pluriennale 37

CAPO III - VALORI E PRINCIPI DELL'AZIENDA 39

6. Valori di identità e culturali dell'Azienda 39

6.1 Centralità del cittadino 39
6.2 Umanizzazione delle cure 40
6.3 Affidabilità 40
6.4 Equità e appropriatezza 40
6.5 Trasparenza e responsabilità di risultato 41
7. Principi guida organizzativi 41
7.1 Unitarietà di governo 41
7.2 Flessibilità 42
7.3 Integrazione 42
7.4 Governo clinico - assistenziale 42
7.5 Innovazione e ricerca 42
7.6 Partecipazione organizzativa 44
7.7 Semplificazione 44
7.8 Formazione e valorizzazione professionale del capitale umano 44
7.9 Economicità ed etica della responsabilità 45
7.10 Delega e attribuzioni di responsabilità e poteri 45
7.11 Salute, sicurezza e benessere organizzativo degli operatori 46
7.12 Le politiche degli investimenti strutturali 46
7.13 Pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e tutela della dignità dei lavoratori e delle lavoratrici 46
7.14 Rapporti con le Rappresentanze Sindacali 48
7.15 Il governo clinico e i sistemi di controllo e valutazione 49
7.16 Trasparenza, anticorruzione, trattamento dei dati e accesso civico 50
7.17 Transizione digitale e IA 50
CAPO IV - *GOVERNANCE* E SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI 54
8. I cittadini singoli e associati 54
8.1 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) 55
9. La Regione Liguria 56
10. *Stakeolders* esterni 56
11. Rapporti con le Università 56
CAPO IV – ASSETTO ISTITUZIONALE 58
12. Organi dell'Azienda 58
12.1 Il Direttore Generale 58

12.2 Il Collegio di Direzione 67
12.3 Il Collegio Sindacale 70
13. La Direzione Generale 71
13.1 Il Direttore Sanitario 72
13.2 Il Direttore Amministrativo 74
13.3 Il Direttore Sociosanitario 76
14. Il Consiglio dei sanitari 77
15. Altri organismi collegiali 78
15.1 Il Comitato Etico 78
15.2 Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) 80
15.3 Il Nucleo di Valutazione 82
15.4 I Collegi Tecnici 83
15.5 Comitati Misti Consultivi 83
15.6 Comitato di Committenza 84
CAPO V – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE 85
16. Criteri generali e struttura organizzativa 85
17. I Distretti e le cure primarie 86
17.1 Il Direttore di Distretto 91
18. Gli Ospedali e le Direzioni Mediche 93
18.1 Il Direttore di Presidio ospedaliero 95
19. Programmazione rete integrata e percorsi clinici assistenziali 97
20. La gestione delle liste di attesa 98
21. Governo dell'accesso alle prestazioni sanitarie, della presa in carico e della programmazione dell'offerta sanitaria 99
22. Analisi del fabbisogno, programmazione dell'offerta e committenza 100
23. Appropriatezza prescrittiva e governo dei percorsi 101
24. Le strutture aziendali e i livelli di responsabilità 102
25. Sistema delle deleghe e ambiti di autonomia decisionale 105
26. Le Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L.) 106
27.1 Il Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) 107
27. L'Area Liguria Salute 109
28.1 Il Direttore dell'Area Liguria Salute 114
28. I Dipartimenti 116

29.1 Dipartimenti interaziendali 118
29.2 Dipartimenti funzionali e Dipartimenti strutturali 119
29.3 Direttore di Dipartimento 120
29.4 Comitato di Dipartimento 122
29. Il Coordinamento dipartimentale 123
30. Le Strutture Complesse 124
31. Le Strutture Semplici a valenza dipartimentale 126
32. Le Strutture Semplici 126
33. Conferimento degli incarichi gestionali e professionali 127
34. Gli incarichi dirigenziali professionali 128
35. Gli incarichi del personale del Comparto 128
CAPO VI – SISTEMI E STRUMENTI DI GESTIONE 130
37. La pianificazione strategica 130
38. Il *budget* 130
39. La gestione e la valutazione delle responsabilità 132
40. Sistemi di valutazione 132
41. Il governo clinico - assistenziale 134
42. La libera professione *intramoenia* (A.L.P.I.) 134
43. Acquisizione di beni, servizi e lavori 135
44. Strumenti generali e ordinari di programmazione e controllo 135
45. Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 136
CAPO VII – DISPOSIZIONI FINALI E NORMA DI RINVIO 138
46. Disposizioni finali 138
47. Norma di rinvio 140
ALLEGATI 141
Allegato A: Regolamento di funzionamento del Collegio di Direzione dell'Area Tutela della Salute Liguria (articolo 21 L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.) 141
Allegato B: Regolamento di funzionamento della Conferenza permanente dei Datori di Lavoro dell'Azienda Tutela della Salute Liguria (articolo 24-*bis* L.R. Liguria L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.) 141
Organigramma aziendale 141

Funzionigramma Strutture di supporto Direzione Strategica 141
Funzionigramma Dipartimenti Sanitari e Sociosanitari 141
Funzionigramma Area Liguria Salute 141

Definizioni

Ai fini di quanto contenuto nel presente documento, si assumono le seguenti abbreviazioni e definizioni:

- A.D.I.: Assistenza Domiciliare Integrata;
- A.I.R.: Accordo Integrativo Regionale;
- A.R.T.E.: Azienda Regionale Territoriale per l'Edilizia;
- A.S.L.: Area Sociosanitaria Locale;
- A.T.S.L.: Azienda Tutela della Salute Liguria;
- C.A.D.: Codice dell'Amministrazione Digitale;
- C.d.C.: Casa della Comunità;
- Cost.: Costituzione Italiana;
- C.O.T.: Centrale Operativa Territoriale;
- C.R.A.S.: Centrale Regionale d'Acquisto per la Sanità;
- C.U.G.: Comitato Unico di Garanzia;
- C.U.P.: Centro Unico di Prenotazione;
- D.E.C.: Direttore dell'Esecuzione del Contratto;
- D.L.: Decreto Legge
- D.Lgs.: Decreto Legislativo;
- Dip.: Dipartimento (funzionale o strutturale);
- D.P.O.: *Data Protection Officer* (Responsabile della Protezione dei Dati);
- H.T.A.: *Health Technology Assessment*;
- I.A.: Intelligenza Artificiale;
- L.: Legge nazionale;
- L.E.A.: Livelli Essenziali di Assistenza;
- L.R.: Legge Regionale;
- M.M.G.; Medici di Medicina Generale;
- O.d.C.: Ospedale di Comunità;
- OO.SS.: Organizzazioni Sindacali;
- P.D.T.A.: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale;
- P.G.I.: Protocollo Generale di Intesa;
- P.L.S.: Pediatri di Libera Scelta;
- P.N.G.L.A.: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa;
- P.N.R.R.: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
- P.O.: Presidio Ospedaliero;
- P.S.S.I.R.: Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale;
- P.U.A.: Punti Unici di Accesso;
- R.A.O.: Raggruppamenti di Attesa Omogenei;

- R.G.P.D.: Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati;
- R.P.C.T.: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- R.T.D.: Responsabile della Transizione Digitale;
- R.U.P.: Responsabile Unico di Progetto;
- S.A.I.: Specialisti Ambulatoriali Interni;
- S.G.S.L.: Sistema di Gestione della Sicurezza;
- S.P.P.: Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi;
- S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale;
- S.S.R.: Servizio Sanitario Regionale:
- S.S.: Struttura Semplice di Struttura Complessa;
- S.S.D.: Struttura Semplice Dipartimentale;
- S.C.: Struttura Complessa;
- SS.MM.II.: Successive modifiche e integrazioni;
- S.U.A.R.: Stazione Unica Appaltante Regionale.

Premesse

L'Atto di Autonomia Aziendale è, per definizione, lo strumento giuridico con cui l'Azienda determina la propria organizzazione e il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale e organizzativa, che definisce i principi generali dell'organizzazione e delinea la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo dell'Azienda, individuando un modello idoneo ad assicurare la funzionalità e la coerenza con la normativa nazionale e regionale vigente e con i bisogni espressi dal contesto in cui l'Azienda stessa si colloca.

Il presente Atto di Autonomia Aziendale è, quindi, lo strumento di "autogoverno" dell'Azienda Tutela della Salute Liguria che contiene le norme di organizzazione e di funzionamento della medesima. Esso, in particolare:

- costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali;
- definisce il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale.

A tale scopo disciplina i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa, le funzioni di produzione e di supporto, al fine di garantire un'organizzazione coerente e adeguata al perseguimento degli obiettivi di programmazione aziendali e regionali, e viene adottato dal Direttore Generale nell'ambito della propria autonomia gestionale in maniera conforme a quanto disposto dall'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 1-*bis*[1], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., ed in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25[2] ("Atto di autonomia aziendale") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii. ("Riordino del Servizio Sanitario Regionale"), come modificata dalla L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., recante "Disposizioni di

[1] [**Articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 1-*bis*, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: "***1-bis***. *In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica*"].

[2] [**Articolo 25 ("Atto di autonomia aziendale"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***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*"].

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)]", istitutiva dell'Azienda Tutela della Salute Liguria, e successive modifiche di cui alla L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7, recante "Modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale).

Con il presente documento l'Azienda esprime la propria "*mission*" e la propria *vision* aziendale, definendo il sistema di relazioni e le logiche generali di governo dell'Azienda, la struttura organizzativa della stessa, i sistemi operativi e gli strumenti a supporto della gestione e dello sviluppo professionale degli operatori, esplicitando al contempo la "visione" perseguita, ossia i principi ed il sistema di valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione, nonché le relazioni con i gruppi portatori di interessi collettivi o diffusi (*stakeholders*).

Nel modello organizzativo programmato, la "rete ospedaliera" e la "rete territoriale" sono indirizzate all'erogazione dei servizi sociosanitari utili al mantenimento, alla promozione e al recupero della salute psicofisica dei cittadini, in conformità e nel rispetto dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza (L.E.A.) ed in coerenza con i documenti di programmazione nazionali e regionali.

Strettamente collegata alla riorganizzazione dei processi sono le attività di *resetting* delle strutture ospedaliere e territoriali, avviate al fine di ripensare l'architettura e l'ingegneria in ambito sanitario secondo un modello organizzativo orientato alla gestione per processi, con una modalità di "presa in carico" attuata mediante percorsi di cura efficienti, che rispondano ai diversi livelli di necessità assistenziale.

La transizione demografica, epidemiologica e sociale, la crisi economica, la gestione dell'evento epidemiologico Covid, le difficoltà nel reperimento di figure professionali sanitarie nel mercato del lavoro, costituiscono fattori che hanno contraddistinto le nuove sfide che il sistema salute si è trovato - e si trova tutt'ora - ad affrontare. Tali sfide richiedono risposte nuove rivolte sia ai bisogni di salute emergenti, sia ai diversi portatori di interessi, attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria nelle sue molteplici componenti, caratterizzato da flessibilità e rapidità di risposta.

Costituiscono traiettorie fondanti su cui si sviluppa il presente Atto, in coerenza alla *mission* aziendale:

- lo sviluppo della presa in carico co-partecipata da parte del paziente, che diviene centro del fabbisogno e, contemporaneamente, soggetto che concorre allo sviluppo del piano di prevenzione e del piano di cura;

- il superamento concettuale dell'ospedale come unico luogo di cura attraverso l'attuazione di un processo di razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere, con l'obiettivo di spostare il baricentro dell'offerta sanitaria dall'ospedale, competente per patologie acute, al territorio.

Nel programmare e attuare i processi di riorganizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali è necessario considerare le competenze presenti, i requisiti tecnologici e strutturali e non da ultimo la definizione di percorsi clinici condivisi e strutturati in relazione alle diverse patologie, al fine di definire la mappatura della capacità erogativa (concentrazione o diffusione delle attività), individuando piattaforme produttive che possano costituire *setting* appropriati ed allo stesso tempo "sostenibili".

I principi su cui si basa la nuova fisionomia delle strutture aziendali sono, quindi: flessibilità, intensività, benessere organizzativo, sicurezza e qualità delle cure, umanizzazione e attrattività, economia circolare, sostenibilità urbana e ottimizzazione delle risorse, nella consapevolezza che strutture più accoglienti e funzionali, tecnologie avanzate e processi innovativi aumentano anche l'attrattività verso i servizi, sia per l'utenza, che per i professionisti, riducendo la mobilità e migliorando la capacità di reclutamento.

In tale quadro si inseriscono necessariamente efficaci ed incisive politiche di gestione del personale che contemplino l'attuazione di processi di formazione continua volti ad ampliare il ventaglio delle competenze dei professionisti, considerandolo come cardine fondamentale per lo sviluppo della carriera all'interno delle aree di pertinenza professionale.

L'obiettivo è mantenere un governo aziendale unitario e armonico, assicurando equità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni, rispondendo in modo flessibile e puntuale alle diverse domande di salute della popolazione, adattando i livelli di responsabilità e la gestione delle risorse alle caratteristiche specifiche dei servizi erogati.

L'integrazione tra funzioni sanitarie e sociali, realizzata attraverso la collaborazione tra i diversi attori istituzionali e la partecipazione attiva delle comunità locali, deve favorire processi decisionali condivisi e orientati ai reali bisogni dei cittadini e delle cittadine.

L'aspetto fondamentale è quello di coniugare le esigenze del decentramento — ossia prossimità delle cure, responsabilità e rendicontazione verso le comunità — con quelle dell'integrazione e della concentrazione, legate all'efficacia, all'efficienza e all'equità dei servizi.

Con il presente Atto di Autonomia Aziendale si definisce, quindi, una nuova configurazione organizzativa nella quale la modulazione tra concentrazione e decentramento risulti coerente con la natura delle prestazioni offerte, garantendo:

- massimo decentramento (distrettuale) per servizi a domanda individuale, come la specialistica ambulatoriale o il ricovero per le discipline di base a larga diffusione;

- decentramento intermedio (sovra-distrettuale/provinciale) per prestazioni a domanda collettiva;
- concentrazione aziendale per servizi tecnico-amministrativi e sanitari ad elevata standardizzazione o che richiedono competenze tecniche sofisticate.

Per la piena applicazione degli indirizzi di programmazione definiti nel presente Atto e per la fase di attuazione e concretizzazione degli assetti organizzativi l'Azienda adotterà strumenti integrativi ed attuativi, in forma di provvedimenti, od anche di natura regolamentare, che verranno emanati su indicazione della Direzione Strategica, nel rispetto di quanto esplicitato nel presente documento.

CAPO I - L'AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

1. La L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., istitutiva dell'Azienda Tutela della Salute Liguria

Con la L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., recante "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)]", e ss.mm.ii. - Pubblicata nel B.U. Liguria 13 dicembre 2025, n. 16, parte prima – è stata istituita l'Azienda Tutela della Salute Liguria (A.T.S. Liguria), all'esito di un articolato Disegno di Legge di iniziativa e su proposta della Giunta Regionale Liguria[3].

La norma istituiva anzi detta, in attuazione degli obiettivi strategici del Programma di Governo della Giunta Regionale, riforma l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale e rappresenta l'apice di un articolato processo di riordino del sistema, già avviato a suo tempo con la Legge Regionale Liguria 29 maggio 2025, n. 7, e ss.mm.ii., recante [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"], delineando 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 di promuovere lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, rendendolo più efficace ed efficiente, superando le criticità dettate dall'attuale contesto.

La riforma introduce, pertanto, un nuovo modello di *governance* unitaria, fondato sulla sinergia tra Regione Liguria e due grandi poli pubblici di erogazione dei livelli assistenziali (l'Azienda Tutela della Salute Liguria e l'Azienda Ospedaliera Metropolitana), con la finalità di superare le possibili disomogeneità dell'offerta assistenziale nell'ambito regionale ligure, avuto riguardo alle peculiarità della dimensione territoriale, potenziando la risposta sanitaria e sociosanitaria ed allineando l'offerta agli *standard* nazionali definiti dal Decreto del

[3] [D.D.L. n. 85 del 10.11.2025, recante "Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio sanitario regionale) e altre disposizioni di riordino del Servizio sanitario regionale", approvato con D.G.R. Liguria n. 19-2025 del 06.11.2025, pari oggetto - Prot/2025/528582].

Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", e dal Decreto del Ministero 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", tenendo conto della dimensione demografica ed anagrafica regionale, le cui statistiche in termini di invecchiamento e di elevata prevalenza di cronicità e fragilità si correlano ad una corrispondente domanda sanitaria continua, crescente, differenziata e multidisciplinare, nella quale non può passare inosservata la presenza di un'altissima percentuale di pazienti cronici e fragili.

Il principio ispiratore della riforma trova fondamento, quindi, anche nella necessità di superare le attuali criticità del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento al tema delle liste di attesa quale fenomeno di carattere nazionale, coinvolgente il sistema salute nel suo complesso, riconducibile a molteplici eventi (quali, la crescente domanda di assistenza, la persistente carenza di professionisti sanitari e degli effetti ancora presenti del rallentamento delle attività determinato dal periodo pandemico, unitamente a specifiche caratteristiche demografiche del territorio e al fenomeno della mancata presentazione agli appuntamenti (c.d. "*no show*"), per i quali si rendono necessari interventi strutturali ed iniziative organizzative, nonché riorganizzazione dei processi interni e coordinamento tra le diverse funzioni sanitarie coinvolte, in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali, al fine di superare la disomogeneità della risposta territoriale alla domanda di cura, eventuali duplicazioni di servizi, razionalizzando ed ottimizzando l'impiego delle risorse umane e realizzando economie di scala attraverso il recupero di efficienza e produttività, mediante attenta ed oculata gestione delle risorse economico/finanziarie disponibili.

Tenuto conto che la Liguria è una regione che affronta sfide strutturali tra le più impegnative del Paese, a motivo della popolazione più anziana d'Italia e di una conformazione territoriale che rende costoso e complesso garantire prossimità dei servizi, la L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., ha inteso istituire un Sistema Sanitario Regionale profondamente rinnovato ed innovato, mediante definizione di una cornice giuridica di riferimento che si traduca nella concreta attuazione della riforma regionale ligure del sistema di assistenza territoriale e della prevenzione, attraverso la creazione di un'unica Azienda regionale sociosanitaria, denominata Azienda Tutela della Salute Liguria (A.T.S. Liguria), disponendo la confluenza presso quest'ultima delle disciolte Aziende Sociosanitarie Liguri, secondo quanto ivi previsto, all'articolo 17 ("Fusione di Liguria Salute e delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5", comma 1[4].

[4] [**Articolo 17 ("Fusione di Liguria Salute e delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5", comma 1, L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii.:** "***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*

La riforma del Servizio Sanitario Regionale ha introdotto, quindi, un innovativo assetto istituzionale e organizzativo, incardinato su una *governance* unitaria e forte, che costituisce un modello all'avanguardia fra le Regioni italiane.

2. Quadro normativo di riferimento

L'Azienda Tutela della Salute Liguria (A.T.S. Liguria) persegue la propria *mission* ed i propri obiettivi, nonché le relative attività, funzioni, procedimenti ed ambiti di responsabilità, declinati in seno alla propria organizzazione, secondo il seguente quadro normativo, di carattere non esaustivo.

2.1 Normativa nazionale

- Legge 11 marzo 1988, n. 67, e ss.mm.ii., recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)", con particolare riferimento all'articolo 20 ("Programma pluriennale di interventi in materia sanitaria: contenuti");
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii. ("Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421");
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42, e ss.mm.ii. ("Disposizioni in materia di professioni sanitarie");
- D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, e ss.mm.ii. ("Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419");
- D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, e ss.mm.ii. ("Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003 n. 3") e relativi Accordo 1° luglio 2004 (Atto di intesa "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni"), di cui all'articolo 5 ("Istituti non trasformati") del predetto D.Lgs. n. 288/2003, ed Intesa ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, e dell'art. 8 ("Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo"), comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, e ss.mm.ii., recante "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla L.Cost. 18 ottobre 2001, n. 3");

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"].

- D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, e ss.mm.ii., recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" e ss.mm.ii.;
- D.L. 24 aprile 2014, n. 66, e ss.mm.ii. ("Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale) convertito, con modificazioni, nella Legge 23 giugno 2014, n. 89 – articolo 13 "Limite al trattamento economico del personale pubblico e delle società partecipate";
- D.M. 2 aprile 2015, n. 70 ("Regolamento recante definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera");
- D.Lgs. 4 agosto 2016, n. 171, e ss.mm.ii. ("Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria");
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);
- 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");
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale");
- D.M. 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");
- D.L. 7 giugno 2024, n. 73, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie", convertito, con modificazioni, nella Legge 29 luglio 2024, n. 107;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato dall'Italia alla Commissione Europea in data 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 2021/241, approvato il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo.

2.2 Normativa regionale

- L.R. Liguria 20 gennaio 2005, n. 1, e ss.mm.ii. (“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”);
- L.R. Liguria 31 marzo 2006, n. 7, e ss.mm.ii. (“Ordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione”);
- L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii. (“Riordino del Servizio Sanitario Regionale”);
- L.R. Liguria 24 maggio 2006, n. 12, e ss.mm.ii. (“Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”);
- L.R. Liguria 29 luglio 2016, n. 17, e ss.mm.ii. (“Disciplina di Liguria Salute e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria”);
- L.R. Liguria 11 maggio 2017, n. 9, e ss.mm.ii. (“Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private”);
- L.R. Liguria 5 marzo 2021, n. 2, e ss.mm.ii. (“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”);
- L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., recante “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)]”;
- L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7, recante “Modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale).

3. Natura dell’Azienda, sede legale e logo aziendale

3.1 Natura dell’Azienda e sede legale

L’Azienda Tutela della Salute Liguria (di seguito denominata, per brevità, anche A.T.S.L., ovvero A.T.S. Liguria, o più semplicemente Azienda), è istituita quale Azienda dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 3 (“Organizzazione delle unità sanitarie locali”), comma 1-*bis*, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a

norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e dell'articolo 17[5] ("Fusione di Liguria Salute e delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5") della Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", come modificata e integrata con L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, recante "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)]", e successive modifiche di cui alla L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7, recante "Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale)".

L'Azienda è ricompresa nelle Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2[6], del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

Ai sensi dell'articolo 25 ("Definizione del settore regionale allargato"), comma 2[7], della L.R. Liguria 24 gennaio 2006, n. 2, e ss.mm.ii., recante ""Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Liguria (Legge finanziaria 2006)", l'Azienda è ricompresa fra gli enti costituenti il Settore Regionale Allargato della Regione Liguria, secondo quanto stabilito dalla Giunta Regionale Liguria in materia[8].

L'Azienda ha sede legale in Genova, Piazza della Vittoria n. 15, ed è suscettibile di eventuale diversa allocazione per disposizione del Direttore Generale, mediante adozione di provvedimento deliberativo, in relazione alle esigenze aziendali.

---

[5] [**Articolo 17 ("Fusione di Liguria Salute e delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5"), Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***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*"].

[6] [**Articolo 1 ("Finalità ed ambito di applicazione"), comma 2, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.**: "***2.*** *Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300. Fino alla revisione organica della disciplina di settore, le disposizioni di cui al presente decreto continuano ad applicarsi anche al CONI*"].

[7] [**Articolo 25 ("Definizione del settore regionale allargato"), comma 2 , L.R. Liguria 24 gennaio 2006, n. 2, e ss.mm.ii.**: "**2.** *Per gli anni successivi il provvedimento di cui al comma 1 è adottato entro il 31 marzo*"].

[8] [Da ultimo, D.G.R. Liguria 5 febbraio 2026, n. 35, di definizione del Settore regionale allargato per l'anno 2026, ai sensi dell'articolo 25, comma 2, della L.R. Liguria 24 gennaio 2006, n. 2].

Il C.F. dell'Azienda, coincidente con la P.IVA., è il seguente: 02421770997

La PEC aziendale, riconducibile al Protocollo Generale aziendale, è la seguente: protocollo@pec.atsliguria.it

3.2 Elementi identificativi del territorio

L'Azienda Tutela della Salute Liguria, nella quale sono confluite le disciolte cinque A.S.L. liguri, ai sensi della L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., ha come territorio di competenza l'intera Regione Liguria, al cui ambito territoriale corrispondono i 234 Comuni distribuiti su un territorio di 5.416 km² di superficie, con un'altitudine media di 250 m, ed una popolazione al 1° gennaio 2026 costituita da 1.510.143 residenti (731.441 maschi, 778.702 femmine)[9], in tendenza stabile rispetto agli anni precedenti, pari ad una densità abitativa di circa 279 abitanti/Km².

3.3 Logo

Il logo aziendale è il seguente:

ATS LIGURIA
AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE LIGURIA

Nessun altro logo di settore aziendale può essere inserito nella documentazione ufficiale dell'Azienda, fatta salva la possibilità di inserire logo di altri Enti, sia pubblici che privati, purché connessi a progetti specifici che coinvolgono l'Azienda e previa autorizzazione della Direzione Aziendale, ovvero dei soggetti all'uopo delegati da quest'ultima.



Il sito *web* ufficiale dell'Azienda è www.atsliguria.it

Ulteriori aspetti circa le modalità di utilizzazione del logo e la concessione dei relativi patrocini sono demandati ad apposita regolamentazione aziendale disciplinante l'utilizzo, la divulgazione e quant'altro riguarda l'immagine dell'Azienda.

[9] [Fonte: ISTAT, Popolazione residente per sesso e stato civile al 1° gennaio 2026, Regione Liguria. Elaborazione dati su indicatori demografici stimati e dati anagrafici regionali].

Il logo deve essere presente in tutte le pubblicazioni e gli atti ufficiali dell'Azienda.

3.4 Patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse, tangibili e intangibili, che concorrono allo svolgimento delle relative attività ed al perseguimento delle sue finalità istituzionali.

L'Azienda utilizza il patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei libri contabili, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità, tutti risultanti nell'inventario aziendale.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

Come previsto dalla Legge istitutiva dell'Azienda, il patrimonio delle disciolte 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'A.T.S. Liguria[10].

L'Azienda riconosce:

- la valenza strategica del patrimonio quale strumento per un'adeguata qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e, in tale prospettiva, ha la possibilità di ricorrere a tutte le possibili forme di finanziamento, incluse quelle più recenti a carattere innovativo, nei modi stabiliti dalla Legge;
- la valenza strategica delle dotazioni tecnologiche e infrastrutturali per lo sviluppo dei servizi sanitari.

L'Azienda riconosce, altresì, la crescente rilevanza del patrimonio intangibile connesso alle professionalità, ai saperi ed alle conoscenze accumulate, che si impegna a rafforzare e consolidare attraverso sistemi di gestione della conoscenza (*knowledge management*) e di valorizzazione delle competenze.

[10] [**Articolo 17 ("Fusione di Liguria Salute e delle Aziende sociosanitarie liguri 1, 2, 3, 4 e 5", comma 2, L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18:** "***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.*"].

3.5 Dotazione organica

A seguito della confluenza delle disciolte Aziende Sociosanitarie Liguri nel nuovo soggetto giuridico subentrante, così come disposta dalla L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., l'Azienda Tutela della Salute Liguria persegue la propria *mission* ed i propri obiettivi con la seguente dotazione organica[11] [periodo di riferimento Luglio 2026]:

PROFILI PROFESSIONALI	PERSONALE DIPENDENTE	ALTRO PERSONALE*	TOTALE
010_Medici/Veterinari Dirigenti di Struttura Complessa	156		156
020_Medici/Veterinari	1755	990	2745
030_Dirigenti Sanitari di Struttura Complessa	7		7
040_ Dirigenti Sanitari	359	94	453
050_Dirigenti Amministrativi	56		56
060_Dirigenti Professionali	28	1	29
070_Dirigenti Tecnici	10		10
080_Personale Infermieristico	6.097	27	6.124
090_Tecnici Sanitari e della riabilitazione	1619	5	1.624
100_ Assistenti Sociali	158	1	159
110_Personale della Prevenzione	266		266
120_ Assistenti/Operatori tecnici	821	3	824
130_ Personale del ruolo professionale	6	4	10
140_ OTA/OSS	2.015		2.015
150_Ausiliari	42		42
160_ Amministrativi	1.609	3	1.612
200_ Profili atipici	11	7	18
Non Specificato	4	4	8
TOTALE ATS Liguria	**1.5019**	**1.139**	**16.158**

*Altre tipologie di rapporto di lavoro, con esclusione del personale in convenzione

[11] [Fonte: Ufficio flussi Regione Liguria].

CAPO II - FINALITA' ISTITUZIONALI E VISIONE STRATEGICA

4. Il contesto territoriale e demografico di riferimento

L'istituzione dell'Azienda Tutela della Salute Liguria (A.T.S. Liguria) si colloca in un momento di profonda transizione demografica ed epidemiologica, motivo per cui, al fine di fronteggiare le sfide legate ad una crescente longevità, accompagnate dalla concomitante emersione di nuove vulnerabilità, il Sistema Sanitario Regionale è chiamato a riorganizzare i propri servizi per tracciare un modello basato sulla promozione del benessere globale e sulla presa in cura proattiva del cittadino, anche attraverso nuovi strumenti metodologici, tenuto conto del contesto ligure dove il progressivo invecchiamento della popolazione e la diminuzione delle nascite si intrecciano con l'aumento delle patologie croniche, della fragilità e con un profondo mutamento del tessuto sociale e familiare.

La Liguria, con la sua orografia complessa, l'alta densità urbanistica costiera, i grandi scali portuali e un entroterra montano, rappresenta un ecosistema in cui l'interazione tra persona, natura e sviluppo industriale è quotidiana, per cui i determinanti ambientali climatici e sociali (l'inquinamento atmosferico, le ondate di calore, il dissesto idrogeologico, l'inclusione sociale) hanno un impatto diretto e misurabile sui tassi di ospedalizzazione, e su alcune patologie croniche, incidendo in modo severo sui cittadini più fragili e anziani.

In tale quadro complesso si collocano i temi della sicurezza alimentare, della sanità pubblica veterinaria e della prevenzione della salute pubblica, in un'era caratterizzata da rapidi cambiamenti globali e forte mobilità, nel quale devono armonizzarsi anche le iniziative in materia di scelte urbanistiche, di piani di mobilità sostenibile, di rigenerazione degli spazi pubblici e di politiche ambientali, alle quali l'Azienda è chiamata a concorrere in relazione alla propria *mission* ed alle competenze alla stessa ascritte dalla normativa regionale.

Il contesto demografico ligure è, quindi, caratterizzato da un progressivo invecchiamento, al quale corrisponde una tendenza storica di calo delle nascite, sebbene negli ultimi anni il *trend* mostri una lieve attenuazione.

Tale progressivo invecchiamento della popolazione si manifesta con indicatori di senescenza più marcati rispetto al dato nazionale, tipici di una transizione demografica avanzata: l'età media dei liguri è pari a 49,6 anni (rispetto a 46,9 anni in Italia) e la percentuale

di individui over 65 è pari al 29,2% del totale della popolazione (24,7% in Italia), con un indice di dipendenza del 65,3% a fronte del 57,8% nazionale[12].

La distribuzione della popolazione è fortemente condizionata dalla morfologia del territorio: oltre il 54% dei residenti liguri vive nella Città Metropolitana di Genova, mentre le province di Imperia, Savona e La Spezia si dividono la restante quota.

L'invecchiamento della popolazione ligure comporta un aumento progressivo della fragilità e dei bisogni sociosanitari: l'allungamento della speranza di vita è accompagnato da un incremento delle cronicità e polipatologie che emergono prepotentemente nelle fasce di popolazione over 75 e over 85.

L'analisi dei dati di prevalenza, disaggregati per le cinque Aree Sanitarie, restituisce una geografia della salute regionale fortemente condizionata dalla struttura demografica, segnata da specifiche disomogeneità territoriali che richiedono risposte differenziate.

5. *Mission* e visione strategica

5.1 La *mission* aziendale

L'Azienda Tutela della Salute Liguria è un'azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro, la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza.

L'Azienda ha come scopo la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e, comunque, presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda assicura l'accoglienza, il trattamento clinico-assistenziale e socio-sanitario più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono in quanto portatrici di bisogni di salute, espressi in forma individuale o collettiva e, pertanto, promuove, nel territorio di competenza, la tutela della salute, sia individuale che collettiva, così come definito dall'articolo 32[13] Cost., con particolare, ma non esclusivo, riferimento alla popolazione residente, garantendo con le più attuali e flessibili forme organizzative e strategie operative il

[12] [Fonte: Piano Sanitario e Sociale Integrato Regione Liguria 2026 – 2030].

[13] [**Articolo 32 Costituzione:** "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*"].

soddisfacimento dei bisogni assistenziali, così come definiti dai Livelli Essenziali di Assistenza, secondo approccio di integrazione sociosanitaria.

La risposta alla domanda sanitaria e socio-sanitaria della popolazione assistita è realizzata tramite la promozione della salute ed interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, consolidando al contempo l'integrazione socio-sanitaria fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di razionale ed ottimale utilizzo delle risorse.

L'Azienda, al fine di perseguire la sua *mission* mantenendo i più elevati *standard* di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, iniziative dirette a pianificare e favorire l'innovazione e la ricerca in campo clinico e gestionale, anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici o privati. In quest'ottica, si propone di favorire la promozione e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale e gestionale.

L'Azienda svolge attività formative in area sanitaria, sociale e della prevenzione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente e convenzionato, nonché attività di studio e ricerca, nel rispetto delle competenze istituzionali. L'Azienda risponde, altresì, ad esigenze di formazione di altri Enti, Società ed Associazioni svolgendo attività di formazione riconosciuta e/o finanziata, nel rispetto degli indirizzi di programmazione aziendale, regionale, nazionale e comunitaria.

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Rientrano tra le finalità prioritarie dell'Azienda la garanzia della continuità delle cure e l'assistenza territoriale ai pazienti, al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

In tal senso, la soddisfazione della domanda sanitaria, mediante la produzione e l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali, residenziali, domiciliari e di prevenzione, avviene con lo svolgimento di attività orientate, in particolare:

- alle azioni di sviluppo di un'ampia cultura della salute;
- agli interventi di prevenzione-educazione per impedire l'insorgere della malattia rivolti al singolo paziente, ai suoi familiari, al personale ed in altri specifici ambiti;
- alla diagnosi ed alla cura di patologie acute e/o cronico-degenerative;

- al recupero psico-fisico e funzionale del paziente, anche in caso di forme di invalidità temporanea o permanente.

Il perseguimento degli obiettivi derivanti dalla *mission* aziendale è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico, quale declinazione dei principi di autonomia e responsabilità impliciti nel processo di aziendalizzazione.

L'Azienda indirizza la propria attività alla produzione, all'erogazione ed all'acquisizione di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, anche ad elevata integrazione, per favorire politiche di prevenzione e di mantenimento, promozione e recupero della salute psico-fisica dei cittadini, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dai Piani Socio-Sanitari Nazionale e Regionale.

Nel rispetto di quanto previsto dalla L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", l'Azienda Tutela della Salute Liguria, nel rispetto degli indirizzi e delle direttive dettate dalla Giunta Regionale, coerentemente alle disposizioni dell'articolo 8 ("Direttive vincolanti e funzioni di indirizzo")[14] della norma anzi detta, provvede a:

a) erogare, attraverso le Aree Sociosanitarie Locali, i servizi previsti dall'articolo 17-*ter*[15] [("Aree sociosanitarie locali (ASL)"] della L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale";

---

[14] [**Articolo 8 ("Direttive vincolanti e funzioni di indirizzo"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii**.: "***1.*** *La Giunta regionale, nell'esercizio delle proprie funzioni, adotta direttive vincolanti per le Aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati.* ***2.*** *La Giunta regionale definisce con direttive vincolanti le modalità ed i tempi per la trasmissione degli atti soggetti al controllo ai sensi della normativa nazionale vigente.* ***3.*** *La Regione svolge, altresì, funzioni di indirizzo attraverso attività di coordinamento, promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie e degli altri soggetti del sistema sanitario pubblico allargato, anche al fine di evitare squilibri di gestione e di assicurare uniformità di servizi sul territorio regionale*"].

[15] [**Articolo 17-*ter* [("Aree sociosanitarie locali (ASL)"], L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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)*

b) svolgere, attraverso l'Area Liguria Salute, sia a favore delle Aree dell'A.T.S. Liguria, sia a vantaggio dell'intero Servizio Sanitario Regionale, secondo la dipendenza funzionale dell'Area Liguria Salute nei confronti della Regione Liguria, le funzioni stabilite dall'articolo 17-*quater*[16] ("Area Liguria Salute") della L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e

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*"].

[16] [**Articolo 17-*quater* ("Area Liguria Salute"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *L'area Liguria Salute dell'ATS Liguria, sulla base degli atti di indirizzo della Regione e dell'atto aziendale, svolge, a livello centralizzato, a favore di tutte le aree, le attività amministrative non direttamente connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie, ivi comprese la gestione del personale, la contabilità e il bilancio.* ***2.*** *Svolge inoltre, a vantaggio dell'intero SSR, le seguenti funzioni: a) gestione unitaria e centralizzata delle procedure di reclutamento e di amministrazione del personale; b) gestione unitaria e centralizzata della rete logistica distributiva e dell'anagrafica unica regionale per l'automazione e centralizzazione dei magazzini e dei fornitori del SSR nonché attività di facility management; c) centrale regionale d'acquisto per la sanità (CRAS), quale centrale di committenza anche per le procedure di affidamento dei lavori concernenti la realizzazione dei nuovi ospedali individuati dalla programmazione regionale. Nelle more del conseguimento della qualificazione da parte della CRAS quale centrale di committenza ai sensi della normativa vigente, le procedure di cui alla presente lettera restano in capo alla stazione unica appaltante regionale (SUAR); d) approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici destinati alla distribuzione in nome e per conto del SSR; e) gestione delle attività di istruttoria tecnica ai fini dell'autorizzazione e accreditamento previste dalla L.R. 9/2017; f) attività ispettive, di vigilanza e verifica nei confronti delle aziende ed enti del SSR nonché dei soggetti accreditati convenzionati, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, anche con riferimento all'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni; g) promozione e coordinamento della ricerca scientifica in materia sanitaria e biomedica e supporto nella gestione di progetti di ricerca in campo sanitario a livello regionale; h) servizi tecnici per la valutazione della health technology assessment (HTA) ai sensi del regolamento (UE) 2021/2282 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 dicembre 2021, relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie e che modifica la direttiva 2011/24/UE, nonché supporto agli enti del SSR per l'acquisto di tecnologie sanitarie e servizi; i) supporto tecnico in materia di rischio clinico-sanitario, gestione del fondo regionale in autoritenzione, coordinamento delle attività definite dai provvedimenti attuativi del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 15 dicembre 2023, n. 232 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati) e gestione amministrativa del Comitato regionale sinistri; j) gestione amministrativa del Comitato etico regionale di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute) e di cui all'articolo 77; k) predisposizione di appositi accordi affinché nei locali di proprietà degli enti del SSR, o in uso dagli stessi, non dedicati all'assistenza sanitaria, vengano individuati idonei spazi da adibire a foresterie per operatori sanitari e medici in formazione specialistica che operano professionalmente e/o formativamente nell'ambito di ASL dove sono situati i locali di cui in precedenza; l) predisposizione di appositi accordi non onerosi con l'Azienda regionale territoriale per l'edilizia (ARTE) per le attività di manutenzione ordinaria e/o straordinaria, oltre che di regolamentazione delle assegnazioni, dei locali di cui alla lettera k) agli operatori sanitari e medici in formazione specialistica aventi diritto; m) coordinamento del sistema di emergenza sanitaria regionale 112 - 118 ai sensi dell'articolo 17-bis del D.Lgs. 502/1992 e delle attività connesse, assicurando i LEA relativi a: 1) emergenza - urgenza extra ospedaliera; 2) trasporti sanitari in emergenza - urgenza, incluso il trasporto di organi e di tessuti destinati ai trapianti; 3) attività del numero unico armonizzato 116 - 117, numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura; n) coordinamento delle attività di laboratorio analisi e diagnostica per immagini su tutto il territorio ligure; o) attività di supporto operativo e di consulenza tecnico scientifica, in particolare attraverso studi, ricerche e istruttorie di progetti utili alla programmazione regionale; p) attività di analisi e studio della ricaduta a livello territoriale della quota capitaria tra le ASL, al fine di valutare eventuali elementi correttivi, affinché vengano garantite su tutto il territorio regionale l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni; p-bis) ulteriori funzioni attribuite dalla Giunta regionale.* ***2-bis.*** *Per le funzioni di cui al comma 2 l'area Liguria Salute opera in dipendenza funzionale dalla direzione regionale competente in materia di sanità, alla quale assicura l'attuazione degli indirizzi, degli standard operativi e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Regione.* ***2-ter.*** *L'area Liguria Salute opera quale soggetto avvalso del soggetto aggregatore di cui all'articolo 1, comma 1, della legge regionale 5 marzo 2021, n. 2*

ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", con particolare riferimento alle modifiche introdotte, da ultimo, dall'articolo 1 [("Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale)]", comma 6[17], della L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7, recante "Modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale)";

c) elaborare gli indirizzi operativi per l'attività delle Aree Sociosanitarie Locali e gli obiettivi, nonché a definire le risorse alle stesse attribuite;

d) stipulare gli accordi e i contratti con i soggetti accreditati pubblici e privati, ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., favorendo il rispetto degli obiettivi di qualità ed efficienza, nell'ottica di un approccio che possa rispondere ai sopravvenienti bisogni sanitari;

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

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

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

h) perseguire economicità ed efficienza produttiva, anche ricorrendo a fondi e finanziamenti aggiuntivi rispetto alle quote di riparto del Fondo Sanitario Regionale attribuite;

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

L'Azienda eroga attività di prevenzione nell'ambito della disciplina dettata in materia dal Capo VI – "Area dipartimentale di prevenzione" della L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", secondo un modello a rete di erogazione dei servizi, finalizzato a favorire la prossimità sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute, nonché a promuovere la consapevolezza e

(Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell'affidamento di lavori pubblici e strutture di missione); il rapporto di avvalimento è disciplinato da apposita convenzione"].

[17] [**Articolo 1 [("Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale")], comma 6, L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7:** "***6.*** *Dopo il comma 2 dell'articolo 17-quater della L.R. 41/2006, come inserito dall'articolo 10 della L.R. 18/2025, sono aggiunti i seguenti: "2-bis. Per le funzioni di cui al comma 2 l'area Liguria Salute opera in dipendenza funzionale dalla direzione regionale competente in materia di sanità, alla quale assicura l'attuazione degli indirizzi, degli standard operativi e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Regione. 2-ter. L'area Liguria Salute opera quale soggetto avvalso del soggetto aggregatore di cui all'articolo 1, comma 1, della legge regionale 5 marzo 2021, n. 2 (Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell'affidamento di lavori pubblici e strutture di missione); il rapporto di avvalimento è disciplinato da apposita convenzione*"].

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.

Al fine di facilitare l'integrazione sociosanitaria e l'efficientamento delle risorse professionali e strumentali dei servizi, è in facoltà dell'Azienda di prevedere accordi tra il Servizio Sanitario Regionale (anche per il tramite della Aree Sociosanitarie Locali) e i Comuni (Ambiti Territoriali Sociali) per facilitare l'accesso dei cittadini attraverso i Punti Unici di Accesso (P.U.A.), all'interno delle Case della Comunità, con il supporto del Terzo Settore, anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata.

Coerentemente allo spirito sotteso alla norma istitutiva dell'Azienda Tutela della Salute Liguria, rientra nella *mission* aziendale il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- prossimità delle cure e presa in carico della persona mediante attuazione di un sistema innovativo, a carattere proattivo, teso all'accompagnamento attraverso percorsi assistenziali individuali, *case management* ed *équipe* multiprofessionali, finalizzati a conseguire una maggior vicinanza al territorio con strumenti diversificati (rete di assistenza domiciliare, Centrali operative territoriali, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, uso degli strumenti della telemedicina e del teleconsulto, ecc.);
- abbattimento delle liste d'attesa e riduzione della mobilità sanitaria extra regione attraverso una regia unica, con programmazione e controllo centralizzato;
- 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;
- 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 (modello *One Health*);
- conservazione dell'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale attraverso una funzionale riallocazione, razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse, concentrando le attività trasversali e di *staff*, recuperando, ove possibile, risorse da investire nei servizi.

La *mission* aziendale, a norma dell'articolo 32[18] ("Articolazione dell'ATS Liguria e relative funzioni") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", entro cui definire i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i correlati livelli organizzativi, è fondata, altresì:

a) sulla promozione della tutela degli assistiti;

b) sulla globalità dell'intervento socio-sanitario e clinico-assistenziale;

c) sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali;

d) sull'equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario;

e) sul riconoscimento dei diritti dei pazienti e dei loro familiari.

Per raggiungere tali fini l'Azienda si avvale delle strutture sanitarie e sociali, anche di diritto privato, accreditate, presenti sul proprio territorio, mediante specifici accordi regolati dalle norme vigenti in materia, favorendo la valorizzazione delle risorse umane e professionali dei propri operatori.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), l'Azienda persegue l'obiettivo di affrontare in maniera sinergica gli aspetti critici del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), allineando i servizi ai bisogni di cura dei pazienti, migliorando le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovendo la ricerca e l'innovazione e sviluppando le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale, sviluppando, nell'ambito delle competenze e dei ruoli definiti in seno alla propria organizzazione, i modelli organizzativi definiti dal P.N.R.R.

5.2 Visione strategica, mandato normativo e quadro istituzionale

Lo scenario nel quale l'Azienda è chiamata ad operare è contraddistinto da molteplici specificità territoriali, delineando una geografia di bisogni complessa e stratificata, correlata a fattori determinanti socioeconomici eterogenei, ai quali devono necessariamente fare riferimento i fabbisogni e gli *outcome* sanitari per il superamento delle disomogeneità prestazionali e delle disuguaglianze attraverso l'implementazione dell'appropriatezza clinica, la modulazione delle risposte assistenziali in funzione della domanda e un'allocazione efficiente delle risorse disponibili.

[18] [**Articolo 32 ("Articolazione dell'ATS Liguria e relative funzioni"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: *"**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"*].

Con la L.R. 12 dicembre 2025, n. 18, e ss.mm.ii., recante "[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))]", è stato avviato un organico processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale, mediante una revisione strutturale del quadro normativo già delineato dalla L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", introducendo un nuovo modello organizzativo e di *governance* finalizzato al rafforzamento della capacità programmatoria del sistema, al miglioramento dell'efficienza gestionale, all'omogeneizzazione dell'offerta assistenziale e al consolidamento della sostenibilità complessiva del Servizio Sanitario Regionale.

L'intervento di riforma s'inserisce nel quadro evolutivo del sistema sanitario ligure quale risposta alle tendenze demografiche e sociali che caratterizzano il territorio regionale, segnato da un elevato indice di invecchiamento, dalla crescente prevalenza di cronicità e fragilità assistenziale, dall'incremento della domanda di presa in carico multidisciplinare e dalla necessità di adottare modelli organizzativi maggiormente integrati, flessibili e orientati alla prossimità delle cure.

La riforma persegue, in particolare, l'obiettivo strategico di favorire una *governance* unitaria, una maggiore integrazione tra livelli assistenziali, la razionalizzazione delle strutture organizzative e la standardizzazione dei processi gestionali e di erogazione, in coerenza con gli indirizzi evolutivi del Servizio Sanitario Nazionale e con i modelli organizzativi delineati dalla normativa statale di settore.

5.3 L'Azienda e il nuovo modello di *governance* territoriale

L'Azienda Tutela della Salute Liguria , recependo il fulcro della riforma, quale Azienda Sanitaria unica territoriale regionale, derivante dalla fusione di Liguria Salute e delle preesistenti cinque Aziende Sociosanitarie territoriali, assume la funzione di soggetto unitario di governo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, con compiti di gestione complessiva dell'erogazione dei servizi, programmazione operativa, coordinamento dei processi aziendali, monitoraggio dei bisogni di salute della popolazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici e privati accreditati.

Il nuovo assetto organizzativo è finalizzato a garantire uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, equità di accesso ai servizi, maggiore appropriatezza organizzativa e superamento delle disomogeneità territoriali nell'offerta assistenziale.

L'Azienda, ai sensi dell'articolo 17-*ter*[19] [("Aree sociosanitarie locali (ASL)] e 17-*quater*[20] ("Area Liguria Salute") della L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., si articola organizzativamente in:

- cinque Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L.), denominate A.S.L. 1, A.S.L. 2, A.S.L. 3, A.S.L. 4 e A.S.L. 5, coincidenti con gli attuali ambiti territoriali provinciali delle pregresse aziende territoriali; le cinque ASL costituiscono articolazione territoriale operativa e di prossimità, assicurano la presa in carico dei bisogni locali, il coordinamento delle reti assistenziali territoriali e ospedaliere, l'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e l'integrazione sociosanitaria sul territorio, le quali operano con autonomia gestionale ed operativa nell'ambito degli indirizzi, obiettivi e risorse definiti dalla Direzione Strategica dell'Azienda;
- un'Area di gestione dei servizi accentrati, denominata Liguria Salute, deputata allo svolgimento unitario delle attività amministrative, logistiche, di *procurement*, di gestione del personale e di supporto tecnico-specialistico.

Tale assetto è volto a perseguire obiettivi di efficientamento organizzativo, economie di scala, uniformità procedurale e razionalizzazione ed ottimizzazione dell'impiego delle risorse professionali e strumentali, favorendo il progressivo riallineamento delle strutture di supporto ai migliori *standard* organizzativi nazionali.

La centralizzazione delle funzioni trasversali consente, altresì, di concentrare le risorse organizzative e professionali sull'attività assistenziale, rafforzando la capacità del sistema di orientare prioritariamente i propri investimenti verso l'erogazione diretta dei servizi ai cittadini.

Il nuovo assetto è finalizzato a realizzare uniformità dei percorsi su tutto il territorio regionale, una mobilità programmata dei professionisti tra aree, allocazione delle risorse secondo il bisogno di salute e sinergie tra presidi ospedalieri, mediante il superamento di pregressi confini aziendali.

5.4 Valore delle reti, comunicazione e promozione della partecipazione

L'Azienda assume all'interno del proprio territorio il ruolo di promotrice di politiche per la tutela della salute nella più ampia accezione e, pertanto, ricerca il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di contribuire al raggiungimento dei propri obiettivi. A

[19] [Cit.].

[20] [Cit.].

tal fine, valorizza lo strumento della programmazione partecipata con gli Enti Locali, con gli organismi di rappresentanza delle cittadine e dei cittadini e con le Organizzazioni Sindacali.

L'Azienda favorisce la collaborazione a tutti i livelli, la partecipazione allargata e la co-progettazione resa possibile dagli strumenti di gestione delle relazioni tradizionali e, soprattutto, dall'utilizzo delle nuove tecnologie partecipative.

L'Azienda si configura come un'organizzazione basata su nodi interconnessi che collaborano in modo interdipendente, secondo un modello organizzativo e funzionale che meglio risponde alla realtà demografica e sociale del territorio ligure, caratterizzato da un elevato indice di dispersione della popolazione e policentrico.

Tale modello organizzativo rappresenta una risposta alle esigenze di integrazione delle funzioni assistenziali, a garanzia di un'offerta alla popolazione di servizi di qualità, sostenibili nel tempo, assicurando la continuità assistenziale per ambiti distrettuali, la cooperazione tra nodi, favorendo la mobilità dei professionisti e l'assistenza distribuita o centralizzata, adottando il criterio dell'intensità di cure e combinando, nel modo più opportuno, lo specifico bisogno del paziente con la competenza dei professionisti e le caratteristiche della struttura.

Tra le finalità principali dell'Azienda vi è, quindi, la costruzione di un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i nodi dei servizi ospedalieri, dall'altro, sulla integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali.

In tale quadro, l'Azienda considera la comunicazione una delle leve strategiche per il raggiungimento dei propri obiettivi ed attribuisce alla comunicazione una profonda valenza relazionale finalizzata all'ascolto, all'accoglienza e alla presa in carico di tutte le cittadine e i cittadini che necessitano dei servizi offerti, ritenendo la comunicazione uno degli strumenti fondamentali della sanità pubblica, non solo per contrastare disinformazione e sovraesposizione mediatica a messaggi che, ove non opportunamente contrastati e circoscritti, possono comportare una distorta percezione delle priorità ed un eccessivo e potenzialmente iatrogeno consumo di beni e servizi sanitari, ma anche per migliorare i processi decisionali del cittadino in una logica di *empowerment* dello stesso.

In questa logica la comunicazione in sanità va oltre la concezione della comunicazione pubblica, intesa come insieme dei processi che permettono l'attivazione di flussi di comunicazione tra i cittadini, le istituzioni pubbliche e il sistema dei *media*, e diviene, invece, strumento per l'autonoma decisione della persona, superando le vecchie asimmetrie tra ente pubblico e cittadino.

L'Azienda, pertanto, assumendo un ruolo di interlocutore attivo per i pazienti, attraverso il proprio sito *web*, facendosi garante della qualità delle informazioni e dei servizi sanitari su internet e mediante apposito piano di comunicazione aziendale orienta la propria attività attraverso un insieme sistematico di interventi prioritariamente finalizzati a:

- assicurare l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero-professionale intramuraria;
- promuovere un rapporto più diretto e informale tra l'Azienda, le sue Strutture e la comunità locale, anche attraverso canali innovativi come mail, blog, forum, social, ecc.;
- creare un rapporto interattivo tra medico e paziente e tra gruppi di pazienti;
- assolvere ai propri doveri civici di *accountability*;
- contribuire alla promozione di corretti stili di vita e diffondere la cultura della prevenzione primaria, anche in accordo con associazioni ed organizzazioni che condividano le stesse finalità.

Ai fini del governo e dell'orientamento della domanda di salute sul territorio, l'Azienda sviluppa forti sinergie con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale.

L'Azienda riconosce nel rapporto di collaborazione e cooperazione con le Università che operano all'interno del contesto regionale, nazionale ed internazionale, anche attraverso forme organizzative strutturate, uno strumento di rilevante portata strategica per la produzione e la circolazione diffusa della conoscenza.

L'Azienda promuove la sua visibilità e la sua trasparenza interna ed esterna facilitando, mediante gli strumenti previsti dall'ordinamento e dalle norme vigenti, la comprensione e l'accettazione del suo operato da parte di tutti i portatori d'interesse. A tal fine, l'Azienda si impegna affinché le culture professionali ed organizzative delle preesistenti Aziende si incontrino arricchendosi vicendevolmente, trasformandosi mediante opportuni processi di scambio culturali, con l'obiettivo di far proprie ed implementare le migliori soluzioni già adottate nel pregresso.

5.5. Le Case della Comunità

Le Case della Comunità (C.d.C.) sono il nodo di prossimità del sistema sanitario territoriale definito dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"), il quale prevede un sistema di servizi così strutturato[21]:

[21] [Fonte: Allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale D.M. 23 maggio 2022, n. 77).

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

Le funzioni di ciascuna C.d.C. comprendono, tra l'altro, ambulatorio di medicina generale, ambulatorio infermieristico H12/H24, sportello unico di accesso (PUA) per la valutazione dei bisogni sociosanitari, ambulatori specialistici per le specialità ad alta domanda, punto di prelievo e diagnostica di primo livello, spazio per la telemedicina, sportello sociosanitario con presenza del servizio sociale professionale, assistenza psicologica primaria sui bisogni subclinici della popolazione, in collaborazione con M.M.G. e P.L.S.-

Si tratta, quindi, del luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, secondo il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, il quale si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo e promuovendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi, anche attraverso la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*.

La Casa della Comunità è, pertanto, la sede operativa della relazione tra sistema sanitario regionale, comunità locale e soggetti sociali del territorio. Essa svolge funzioni di lettura dei bisogni di salute della comunità di riferimento, di co-progettazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti a gruppi-target del territorio, di indirizzo sulle attività di medicina d'iniziativa, di *advocacy* verso i determinanti socioeconomici della salute. Le sue decisioni orientano - senza sostituirsi alla responsabilità tecnico-professionale delle *équipe* - le priorità di lavoro della C.d.C., in coerenza con la programmazione distrettuale e con gli accordi S.S.R.-Comuni, previsti dalla normativa regionale vigente.

5.6. Gli Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità (O.d.C.) rappresentano il livello intermedio tra il domicilio e l'ospedale per acuti e, secondo le previsioni del D.M. 23 maggio 2022, n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"), costituiscono le strutture sanitarie di ricovero che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette.

Mediante l'avvio di specifiche sperimentazioni, nella fase iniziale di attivazione della rete degli O.d.C., per i pazienti segnalati dal Pronto Soccorso/Osservazione Breve Intensiva con diagnosi, terapia e prognosi definite, sono previsti progetti sperimentali declinati in uno specifico protocollo operativo, che definisce criteri di eleggibilità del paziente, criteri di esclusione, modalità di invio.

Le caratteristiche e i percorsi di accesso all'O.d.C. sono oggetto di specifico flusso di monitoraggio, al fine di valutare il consolidamento dell'accesso tramite lista unica per tutti i *setting* di provenienza o un'eventuale estensione/revisione del progetto sperimentale.

5.7. La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.)

La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) è il dispositivo di coordinamento del *continuum* di cura, attiva H24 per tutte le funzioni legate alle transizioni di *setting*, secondo quanto previsto dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"), e consiste in un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Le funzioni operative della C.O.T. comprendono, quindi, il raccordo tra M.M.G. e specialisti per la gestione delle transizioni di *setting* (ospedale-domicilio, ospedale-R.S.A., ospedale-O.d.C.), il monitoraggio proattivo dei pazienti cronici ad alto rischio attraverso IT-CURA, la gestione degli *alert* automatici da sensori domiciliari, il raccordo con il Servizio di Continuità Assistenziale, il coordinamento per le visite domiciliari programmate, il supporto alle dimissioni protette in raccordo con le relative funzioni ospedaliere.

La C.O.T. evolve verso il ruolo di centro di regia clinica e logistica per le dimissioni difficili e le transizioni complesse tra *setting*, gestendo in tempo reale una *dashboard* di disponibilità dei posti letto in tutte le strutture della rete, prevedendosi anche una teleconsulenza multiprofessionale all'operatore come strumento distinto dal

telemonitoraggio del paziente, a supporto decisionale a distanza per gli operatori coinvolti nel percorso di cura, secondo gli attuali modelli di riferimento, già presenti sul territorio, per l'estensione regionale.

5.8 Obiettivi generali di integrazione sociosanitaria

L'Azienda persegue obiettivi di integrazione sociosanitaria nell'ambito delle disposizioni dettate dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328, e ss.mm.ii., recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ai fini della migliore offerta integrata di servizi, presidiando la dimensione organizzativa necessaria per la programmazione, il coordinamento e l'attuazione degli interventi e dei servizi che realizzano le politiche sociali nella loro complessità e consentono la migliore attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni ad essi connesse, attraverso le funzioni di servizio sociale di base e di comunità, secondo gli ambiti di competenza, quale premessa indispensabile per l'integrazione e la continuità dei servizi e per agevolare il necessario dialogo tra comparto sociosanitario e servizi preposti alla formazione, all'inserimento lavorativo e alla gestione delle politiche abitative.

L'integrazione sociosanitaria è disciplinata come modalità di coordinamento delle prestazioni sociosanitarie, intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie, assumono particolare rilevanza:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, agli anziani, alla condizione di disabilità (secondo quanto definito dal D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62, e ss.mm.ii., recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato"), alle patologie psichiatriche e alle dipendenze da droga, alcool e farmaci, alle patologie per

infezioni da HIV e alle patologie in fase terminale, nonché alle inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria è attribuito al Distretto, articolazione organizzativa dell'Azienda attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, con particolare riferimento a:

- attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- servizi alla persona relativi al dipartimento competente in materia di salute mentale e al dipartimento competente in materia di prevenzione.

5.9 Obiettivi generali a carattere pluriennale

Ulteriormente a quanto già specificato in relazione alla *mission* e alla visione strategica aziendale, costituiscono obiettivi pluriennali dell'Azienda azioni ed interventi particolarmente incentrati sui seguenti ambiti:

- **Continuità delle cure**, ad esempio attraverso *team* multidisciplinari a composizione multiprofessionale nei Presidi Ospedalieri e servizio attivi su tutto il territorio regionale, integrato con A.D.I., Case della Comunità e Ospedali di Comunità;
- **Prossimità**, affinché la rete territoriale sia pienamente operativa mediante le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità, a copertura dell'intero territorio regionale;
- **Integrazione sociosanitaria,** attraverso lo strumento ordinario di presa in carico delle persone con bisogno complesso e Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali applicati in modo uniforme su tutto il territorio regionale;
- **Prevenzione e salute della popolazione,** con tassi di copertura conformi agli *standard* nazionali in tutte le cinque aree ed operatività delle relative funzioni dipartimentali in materia di prevenzione secondo criteri di *governance* trasversale e programmi di sorveglianza epidemiologica che alimentano la programmazione distrettuale;
- **Salute mentale e dipendenze,** mediante implementazione dei servizi erogati a persone affette da problemi di salute mentale e riduzione dei tempi di attesa per la prima visita psichiatrica in tutte le aree;
- **Digitalizzazione,** mediante azioni tese a consentire ai sistemi informativi massima interoperabilità e alimentazione in tempo reale del cruscotto regionale degli indicatori;

- **Riduzione della mobilità passiva,** grazie alla concentrazione delle casistiche negli Hub regionali e alla certificazione delle reti secondo gli *standard* nazionali ed europei;
- **Sviluppo ed integrazione delle piattaforme di telemedicina**, implementando la capacità tecnica di accogliere il monitoraggio remoto di tutti i pazienti eleggibili per le patologie *target,* attraverso l'interoperabilità tra sistemi sociali ed il raccordo con i sistemi informativi degli ambiti coinvolti per la gestione condivisa dei casi e la definizione della relativa *governance* a cura di specifico Gruppo di Lavoro Regionale.

CAPO III - VALORI E PRINCIPI DELL'AZIENDA

6. Valori di identità e culturali dell'Azienda

6.1 Centralità del cittadino

Il sistema dei servizi dell'Azienda è orientato a concentrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario (persona o servizio), nell'ambito degli interventi di documentata efficacia.

L'Azienda persegue l'obiettivo di rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi per scegliere, orientarsi e accedere alle prestazioni di cui hanno necessità e ad adoperarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi.

L'Azienda persegue, altresì, la medicina e l'assistenza fondate sulle prove di efficacia e la formazione al cittadino, considerandola strategica in ordine alle attività di prevenzione e gestione dei problemi di salute, anche al fine di un'educazione ad una domanda più matura e consapevole.

A tal fine è necessario che i soggetti che prestano la propria attività in nome e per conto dell'Azienda operino per:

- ascoltare e ricercare le ragioni e gli obiettivi che sottendono alle posizioni degli interlocutori, in modo da rendere più efficace e funzionale la comunicazione e la correlazione agli obiettivi istituzionali;
- esporre chiaramente la posizione e il punto di vista propri e dell'organizzazione;
- rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie utili alla scelta consapevole delle prestazioni e dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione degli stessi;
- adeguare la comunicazione alla cultura, all'ambiente, all'esperienza degli interlocutori;
- esplicitare le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi e delle prestazioni;
- stimolare informazioni di ritorno sui servizi erogati al fine di migliorarne conseguentemente la qualità;
- ricercare l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- implementare le azioni orientate alla medicina di genere;
- privilegiare le prestazioni che, a parità di efficacia ed efficienza, sono meno invasive e rispettano l'integrità della persona e il suo mantenimento nel proprio contesto sociale.

6.2 Umanizzazione delle cure

L'Azienda, in ossequio ai principi di universalità, uguaglianza ed equità che connotano il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, si pone quale imperativo assoluto il perseguimento della soddisfazione dei bisogni di salute, espressi ed inespressi, delle comunità locali in un contesto di umanizzazione delle cure e nel rispetto assoluto dell'integrità morale, personale, delle convinzioni etiche e religiose, di ciascun cittadino, con l'obiettivo di configurare l'Azienda come una complessa organizzazione aperta, accogliente, in grado di ascoltare il cittadino e di accompagnarlo nel suo percorso di cura attraverso i diversi contesti organizzativi e assistenziali, compreso il proprio domicilio.

L'umanizzazione delle cure costituisce una proiezione etico-valoriale dell'Azienda, interpretata anche in termini di valorizzazione degli utenti e del personale nel processo di produzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

6.3 Affidabilità

L'Azienda agisce adeguando costantemente le azioni, i comportamenti e il servizio prodotto e fissando priorità e obiettivi correlati alle necessità della popolazione di riferimento, tenendo in considerazione gli ambiti nei quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenza, in modo da assicurare efficienza e tempestività di intervento.

6.4 Equità e appropriatezza

L'Azienda favorisce le iniziative di solidarietà volte a rafforzare il sistema sanitario pubblico e di sicurezza sociale, nella piena convinzione che lo sviluppo della comunità non può prescindere dall'attenuazione delle differenze sociali e di genere, perseguendo la realizzazione dell'uniformità e tempestività nell'accesso alle prestazioni per tutte le cittadine e i cittadini residenti e presenti nel territorio ligure, per assicurare livelli di assistenza adeguati, appropriati e di qualità, oltre che economicamente sostenibili per la comunità.

Per il conseguimento di tali finalità, l'Azienda promuove scelte operative e organizzative funzionali al perseguimento dell'omogeneità erogativa dei servizi, e dell'equità di accesso agli stessi, per tutti i componenti della comunità, attivando processi e percorsi di cura standardizzati funzionali ad una efficace ed efficiente presa in carico del bisogno di salute nelle sue diverse e molteplici manifestazioni. A tal fine, promuove e assicura prestazioni di provata efficacia, basate sulle evidenze scientifiche e conformi ai principi dell'appropriatezza.

All'erogazione di servizi e prestazioni di elevata qualità viene associata la continua ricerca dell'appropriatezza organizzativa che consente di massimizzare l'uso delle risorse tecnologiche e materiali, nonché delle competenze, disponibili.

6.5 Trasparenza e responsabilità di risultato

L'Azienda favorisce la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, sia internamente all'Azienda che all'esterno, nei confronti degli organi istituzionali di *governance*, delle Organizzazioni Sindacali, delle Associazioni di cittadini e di altri *stakeolders*, mantenendo una adeguata informazione in merito alla realizzazione degli obiettivi e al grado di raggiungimento degli stessi.

L'Azienda pone in essere ogni più utile strumento per la promozione e diffusione della cultura della trasparenza, concepita non soltanto in termini di diritto di accesso ai documenti e agli atti, ma anche in termini di strumento di promozione della massima visibilità dell'attività decisionale aziendale.

A tal fine, la pubblicazione degli atti e dei documenti, in ossequio alle norme vigenti in materia, costituisce irrinunciabile strumento di controllo a servizio dei cittadini per verificare l'integrità delle modalità di azione e di intervento dell'Azienda, che sempre si ispirano ai superiori principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, efficienza e di efficacia che sono alla base della garanzia di tutela delle libertà individuali e collettive del cittadino.

7. Principi guida organizzativi

La configurazione organizzativa dell'Azienda, le sue dinamiche di funzionamento e di relazione dovranno basarsi su alcuni principi guida che siano congruenti e funzionali ai valori dichiarati, nel pieno rispetto di quanto previsto dalla Legge istituiva dell'Azienda Tutela della Salute Liguria.

7.1 Unitarietà di governo

L'Azienda adotta modalità unitarie di governo dell'organizzazione attraverso meccanismi operativi comuni. A tal fine, la relazione organizzativa tra le varie componenti (Direzione Strategica, Direttori di Area, Direttori di Dipartimento, Direttori di Strutture, Coordinamenti, ovvero altre forme di aggregazioni strutturali comunque denominate, anche in forma di reti) rappresenta lo strumento attuativo.

7.2 Flessibilità

L'Azienda, nel perseguimento delle sue finalità istituzionali, adegua le modalità di funzionamento ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda.

7.3 Integrazione

L'integrazione strutturale ed organizzativa deve essere perseguita attraverso le migliori modalità organizzative per garantire più servizi e di migliore qualità a parità di costi, favorendo l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

7.4 Governo clinico - assistenziale

I principi e gli strumenti del governo clinico-assistenziale devono guidare l'agire di tutte le componenti professionali ed integrare le stesse con quelle del governo economico, al fine di assicurare il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia di alti *standard* assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione.

7.5 Innovazione e ricerca

La funzione di ricerca e innovazione, nonché di *Health Technology Assessment* (H.T.A.), attribuita specificamente all'Azienda dall'articolo articolo 17-*quater*, comma 2, lettere g) e h)[22], della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", come modificata e integrata con L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, recante "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)]", e successive modifiche di cui alla L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7, recante "[Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale)]", costituisce una leva strategica per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza delle decisioni, dell'innovazione organizzativa e della sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

[22] [**Articolo 17-*quater* ("Area Liguria Salute"), comma 2, lettere g) e h), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***2.*** *Svolge inoltre, a vantaggio dell'intero SSR, le seguenti funzioni: [……] 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; [……].*

L'Azienda esercita tale funzione con una duplice finalità: da un lato promuove e supporta lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione nell'ambito delle proprie attività istituzionali, dall'altro svolge un ruolo di coordinamento regionale, favorendo l'integrazione tra Aziende sanitarie, I.R.C.C.S., Università, Enti di ricerca e altri soggetti pubblici e privati, nel rispetto dell'autonomia scientifica delle istituzioni coinvolte.

L'attività è orientata alla produzione, valorizzazione e trasferimento delle conoscenze scientifiche e delle evidenze a supporto della programmazione sanitaria, delle decisioni cliniche, organizzative e gestionali, promuovendo la diffusione della cultura della ricerca, l'interdisciplinarità e la partecipazione dei professionisti sanitari ai processi di innovazione.

In tale ambito l'Azienda promuove lo sviluppo della ricerca clinica, organizzativa, epidemiologica e traslazionale, favorisce la realizzazione di studi e sperimentazioni, sostiene la partecipazione a programmi di ricerca nazionali e internazionali e incentiva la collaborazione con il sistema della formazione, della ricerca e dell'innovazione, anche coordinando i *Clinical Trial Center*.

Le attività sono svolte nel rispetto dei principi di etica, integrità scientifica, trasparenza e responsabilità pubblica, in conformità alla normativa nazionale ed europea vigente e in raccordo con il Comitato Etico Territoriale per gli ambiti di competenza.

L'Azienda coordina inoltre le attività regionali di *Health Technology Assessment* (H.T.A.) quale processo multidisciplinare di valutazione delle tecnologie sanitarie, dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali, finalizzato a supportare decisioni fondate sulle evidenze, favorire l'appropriatezza, la sicurezza, l'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità delle innovazioni introdotte nel sistema sanitario. A tal fine, promuove la produzione e l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche, l'*Horizon Scanning*, le valutazioni comparative, il monitoraggio degli esiti e lo sviluppo di metodologie condivise, in coerenza con la programmazione nazionale e con il quadro normativo europeo.

La funzione di ricerca, innovazione e H.T.A. contribuisce, altresì, a promuovere il trasferimento delle conoscenze nella pratica clinica e organizzativa, la diffusione delle tecnologie e dei modelli assistenziali innovativi, lo sviluppo delle competenze professionali e la valorizzazione delle reti regionali, favorendo un sistema sanitario orientato al valore, all'innovazione e al miglioramento continuo della qualità delle cure.

L’Azienda nella sua attività programmatoria, è fortemente orientata alla promozione dell’innovazione e dello sviluppo clinico-assistenziale, tecnologico e organizzativo, al fine di intercettare attivamente ed efficacemente i bisogni espressi e inespressi di salute delle comunità locali, fornendo prestazioni e servizi sempre al passo con i tempi e più vicini ai bisogni socio-sanitari della comunità di riferimento.

7.6 Partecipazione organizzativa

Tutti i soggetti che operano all'interno dell'Azienda partecipano al processo di individuazione delle strategie e delle soluzioni operative idonee a realizzare gli obiettivi da perseguire. L'individuazione delle soluzioni organizzative ed operative praticabili avviene all'interno dei luoghi formali di discussione e decisione. Questi sono individuati negli organismi di governo dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative, nonché nell'ambito degli organismi tecnico-professionali e dei gruppi di lavoro istituiti dall'Azienda su specifiche esigenze progettuali o per finalità di governo di specifiche problematiche.

7.7 Semplificazione

L'Azienda opera nell'ottica di semplificazione dei processi organizzativi, nonché delle procedure di natura amministrativa, tecnica e logistica, in coerenza con le linee, gli indirizzi e le disposizioni vigenti in materia.

7.8 Formazione e valorizzazione professionale del capitale umano

Le persone che lavorano in Azienda costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo della stessa.

L'Azienda Tutela della Salute Liguria riconosce il personale sanitario, tecnico, amministrativo, e sociale come capitale strategico del sistema regionale e individua nella valorizzazione delle risorse umane una condizione di sostenibilità.

L'Azienda declina la valorizzazione del proprio capitale umano attraverso le seguenti leve: sviluppo delle competenze, formazione continua, miglioramento delle condizioni lavorative, sistemi di incentivazione, nell'ottica di superamento delle criticità di attrattività rispetto al settore privato e ai mercati esteri, analizzando le condizioni di lavoro ed individuando meccanismi di riconoscimento giuridico ed economico, in coerenza con la riorganizzazione dell'assetto organizzativo, nel rispetto delle leggi e dei contratti vigenti.

L'Azienda opera, altresì, affinché vi sia al proprio interno un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori, richiedendo loro, al contempo, un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della *mission* aziendale, nonché una reale assunzione delle responsabilità connesse al ruolo ricoperto in seno all'organizzazione, ed un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

L'Azienda promuove la valorizzazione delle professioni sostenendo la pianificazione, l'organizzazione e la gestione dei processi formativi orientati allo sviluppo organizzativo e professionale, assicurando lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole all'integrazione tra

la funzione di formazione e l'attività di assistenza e ricerca e la formazione attraverso i metodi di simulazione, al fine di assicurare lo sviluppo e il trasferimento delle competenze del personale dipendente e convenzionato.

Per la valorizzazione del proprio capitale umano l'Azienda, altresì, valuta l'attuazione di misure operative articolate come segue, nel rispetto delle leggi vigenti e delle disposizioni contrattuali relative alle diverse aree di negoziazione nazionale e locale:

- incentivi economici particolarmente tesi al contrasto delle disuguaglianze geografiche, ovvero valorizzazione giuridica ed economica del personale impiegato in contesti di elevata complessità assistenziale, mediante politiche di *employee retention,* o *talent retention*, finalizzate ad attrarre e acquisire nuovi talenti;
- flessibilità organizzativa, secondo gli strumenti previsti dalle leggi e dai contratti vigenti, con applicazione di nuovi istituti contrattuali in tema di *welfare* aziendale e conciliazione tempi di vita-lavoro;
- istituti di fidelizzazione, anche in accordo con altri soggetti istituzionali, tesi al finanziamento di percorsi di specializzazione, ovvero partecipazione a iniziative di livello nazionale e internazionale in sinergia con altre Regioni;
- integrazione con il modello dei medici convenzionati., mediante revisione degli accordi integrativi regionali per riconoscere economicamente la presa in carico proattiva dei pazienti cronici complessi, promuovendo l'attività dei professionisti attraverso l'acquisizione di specifiche competenze avanzate e la partecipazione a ricerca e formazione.

7.9 Economicità ed etica della responsabilità

L'economicità viene interpretata dall'Azienda come ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e di coordinamento dell'organizzazione, pur mantenendo livelli di efficienza ed efficacia in relazione all'erogazione dei servizi alla collettività.

7.10 Delega e attribuzioni di responsabilità e poteri

La pianificazione ciclica, l'assegnazione di compiti, nel rispetto dei dettati delle norme e contrattuali, nonché di responsabilità e poteri decisionali, attraverso gli strumenti della delega, dell'attribuzione e della verifica sistematica dei risultati e dei processi, rappresentano i veicoli principali del decentramento e dell'affermazione del governo dei processi.

L'Azienda disciplina con appositi atti e provvedimenti la definizione dei contenuti e dell'articolazione delle responsabilità e dei poteri ai Dirigenti.

7.11 Salute, sicurezza e benessere organizzativo degli operatori

L'Azienda persegue, nel rispetto delle normative vigenti, il miglioramento delle condizioni di salute, del benessere organizzativo e della sicurezza negli ambienti di lavoro, unitamente alla diffusione tra gli operatori della cultura della sicurezza nel lavoro.

La salute organizzativa, intesa come capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere un adeguato grado di benessere fisico e psicologico di chi vi lavora, rappresenta un obiettivo e un valore che l'Azienda persegue e afferma attraverso la realizzazione di interventi a carattere diverso, quali:

- indagini di clima organizzativo;
- azioni finalizzate ad alimentare costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora;
- formazione continua degli operatori;
- identificazione di percorsi volti a mettere a valore competenze e disposizioni personali;
- analisi del potenziale individuale;
- eventi socializzanti.

L'Azienda definisce specifiche progettualità orientate a svolgere una chiara funzione trasformativa degli attuali assetti culturali dell'Azienda.

7.12 Le politiche degli investimenti strutturali

L'Azienda promuove l'aumento dell'efficienza e la protezione del capitale investito nelle strutture, negli impianti e nelle attrezzature sanitarie, secondo una visione olistica di sostenibilità ambientale, sociale ed economica di lungo periodo.

7.13 Pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e tutela della dignità dei lavoratori e delle lavoratrici

L'Azienda, quale datore di lavoro, si impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra le persone, non ammettendo in alcun modo discriminazioni tra soggetti di nazionalità ed etnie diverse, tra soggetti appartenenti a religioni diverse e tra soggetti che manifestano diverse tendenze sessuali.

L'Azienda garantisce il diritto ad un ambiente di lavoro nel quale le relazioni interpersonali siano improntate all'osservanza dei principi fondamentali di inviolabilità, eguaglianza, libertà e dignità della persona, coerentemente con quanto stabilito dalle norme

vigenti, ed assicura, con idonei strumenti, tutela e sostegno alle dipendenti ed ai dipendenti vittime di comportamenti discriminatori, mobbizzanti o molesti, vigilando che non siano posti in essere in alcuna forma al proprio interno tali comportamenti, ovvero che ne sia disposta l'immediata cessazione, nel rispetto della normativa vigente.

A tal fine l'Azienda pone in atto ogni azione utile a prevenire, in particolare:

- il verificarsi di comportamenti discriminatori, mobbizzanti o molesti, favorendo il diffondersi di corrette relazioni interpersonali;
- il verificarsi di situazioni che, in via potenziale, possono incidere negativamente sull'integrità psico-fisica e la personalità morale delle lavoratrici e dei lavoratori, tenendo anche conto che tali fattispecie sono elementi di rischio per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro, attesa l'espressa previsione di cui all'articolo 2[23] del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii. (recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).

In tale quadro, l'Azienda persegue le seguenti finalità:

- garantire parità e pari opportunità tra uomini e donne;
- contrastare ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, alla lingua,

[23] [**Articolo 2 ("Definizioni") D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Ai fini ed agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto legislativo si intende per: a) «lavoratore»: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. [……] b) «datore di lavoro»: il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività, e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. In caso di omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo; c) «azienda»: il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico o privato; d) «dirigente»: persona che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa; e) «preposto»: persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa; [……] dd) «modello di organizzazione e di gestione»: modello organizzativo e gestionale per la definizione e l'attuazione di una politica aziendale per la salute e sicurezza, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, idoneo a prevenire i reati di cui agli articoli 589 e 590, terzo comma, del codice penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela della salute sul lavoro; ee) «organismi paritetici»: organismi costituiti a iniziativa di una o più associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, quali sedi privilegiate per: la programmazione di attività formative e l'elaborazione e la raccolta di buone prassi a fini prevenzionistici; lo sviluppo di azioni inerenti alla salute e alla sicurezza sul lavoro; l'assistenza alle imprese finalizzata all'attuazione degli adempimenti in materia; ogni altra attività o funzione assegnata loro dalla legge o dai contratti collettivi di riferimento; [……]*"].

nell'accesso al lavoro, alla formazione e promozione professionale ed al trattamento sul lavoro e nella sicurezza sul lavoro;

- garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, ponendo in atto iniziative tese a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale e/o psicologica al proprio interno, con la collaborazione di tutto il personale che, individualmente, contribuisce alla promozione ed al mantenimento di un ambiente e di un'organizzazione del lavoro ispirati ai principi di correttezza, libertà, dignità ed uguaglianza;
- garantire il diritto ad un ambiente di lavoro sicuro, sereno e favorevole alle relazioni interpersonali improntate a principi di uguaglianza, reciproca correttezza e rispetto, anche attraverso la formazione, l'informazione e la prevenzione.

7.14 Rapporti con le Rappresentanze Sindacali

L'Azienda riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale della dinamica aziendale ed assegna rilievo centrale al sistema delle relazioni sindacali quale strumento indispensabile per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di valorizzazione delle risorse umane, la definizione degli assetti organizzativi, i processi di programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Conformemente alle disposizioni della contrattazione nazionale per le diverse aree di negoziazione, l'Azienda riconosce nel sistema delle relazioni sindacali lo strumento per costruire relazioni stabili tra l'Azienda e i soggetti sindacali, affinché le relazioni medesime siano improntate alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente, alla reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, nonché a garantire la esigibilità e la corretta applicazione delle disposizioni normative e contrattuali, contribuendo in tal modo, nel rispetto dei reciproci ruoli, alla prevenzione e risoluzione dei conflitti.

Attraverso il sistema delle relazioni sindacali si attua il contemperamento della *mission* di servizio pubblico dell'Azienda a vantaggio degli utenti e dei cittadini con gli interessi del personale a migliorare le condizioni di sicurezza clinica e di crescita professionale, migliorando la qualità delle decisioni assunte, sostenendo la crescita professionale e l'aggiornamento del personale, nonché i processi di innovazione organizzativa e tecnologica e di riforma di interesse dell'Azienda, attuando la garanzia di sicure e migliori condizioni di lavoro e promuovendo modalità di lavoro che consentano una migliore armonizzazione con la vita privata e familiare (conciliazione tempi di vita/lavoro).

Il sistema delle relazioni sindacali deve garantire uniformità di comportamento nell'applicazione delle norme contrattuali su tutto il territorio aziendale e, a tal fine, l'Azienda adotta un sistema strutturato di relazioni sindacali improntato alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e al coinvolgimento delle Rappresentanze nel

rispetto dei distinti ruoli e responsabilità, anche attraverso protocolli di intesa orientati alla costruzione di un sistema strutturato di relazioni sindacali.

L'Azienda promuove le condizioni per un confronto proficuo con le Rappresentanze Sindacali, di categoria e confederali, al fine di ricercare un equilibrio tra le attese e le aspirazioni degli operatori e le finalità dell'Azienda stessa, nel quadro delle compatibilità organizzative.

7.15 Il governo clinico e i sistemi di controllo e valutazione

L'Azienda ritiene che *mission*, *vision* e valori costituiscano il presupposto per una buona sanità, quale frutto di un lavoro costante di verifica e miglioramento di un sistema che sia in grado di recepire in maniera proattiva - ed attuare tempestivamente - i cambiamenti necessari per rispondere con prontezza all'evoluzione della domanda e ai bisogni di salute sempre più complessi dei cittadini, servendosi delle conoscenze e delle nuove tecnologie.

In tale quadro, lo sviluppo e la verifica della qualità degli interventi sanitari e sociosanitari si realizza anche attraverso apposite modalità di vigilanza sulle organizzazioni erogatrici delle prestazioni, per cui il monitoraggio continuo delle attività costituisce lo strumento per consentire alla programmazione aziendale la flessibilità necessaria a garantire risposte efficaci alle mutevoli esigenze della popolazione e del sistema salute, nonché per fornire servizi sanitari efficienti e mantenere elevati *standard* di sicurezza e qualità delle cure.

L'Azienda, a tale proposito, fa proprie le linee di indirizzo dettate dalla Regione Liguria in tema di monitoraggio della qualità e di valutazione della *performance*, che viene valutata secondo una visione sistemica che tenga in considerazione le principali finalità del sistema, i risultati da raggiungere - sia in termini di esiti di salute. sia di fattori non direttamente riferiti alla salute - i servizi e le prestazioni erogate e l'organizzazione interna, ritenendo che l'azione di governo clinico sia centrata sul miglioramento dei flussi assistenziali attraverso la programmazione di percorsi con connessioni strutturate ed identificate al fine di integrare, armonizzare e coordinare la gestione delle attività sanitarie che fanno da *trait d'union* tra i diversi *setting* assistenziali.

L'Azienda attua il sistema di gestione del rischio, in analogia con il sistema della qualità, per l'individuazione dei fattori potenziali che possono generare eventi avversi, per la determinazione delle misure atte alla riduzione o al contenimento di tali fenomeni e per la rimozione delle cause di inefficienza nei processi, mettendo a punto procedure e meccanismi di autocontrollo nell'ambito degli obiettivi programmati e operando per il miglioramento continuo, individuando le diverse direttrici (rischio strategico-operativo, rischio finanziario-contabile, rischio normativo, *risk management*) ed i fattori, spesso connessi a caduta tra loro, che incidono sulla reputazione dell'Azienda con potenziali conseguenze negative sull'attrattività della stessa e ripercussioni sul sistema in generale.

7.16 Trasparenza, anticorruzione, trattamento dei dati e accesso civico

L'Azienda assume quali principi fondamentali della propria organizzazione il perseguimento della trasparenza e la prevenzione, vigilanza e repressione di possibili fenomeni corruttivi quali caratteristiche primarie dell'operato aziendale ed attua iniziative di sensibilizzazione dell'organizzazione, attraverso procedure interne ed esterne, tese al rispetto e alla valorizzazione di tali principi, individuando gli organi e gli adempimenti finalizzati al controllo.

L'Azienda assicura la trasparenza della propria organizzazione e attività, anche intesa quale accessibilità dei dati e dei documenti detenuti, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, dando applicazione alle indicazioni e alle disposizioni vigenti attraverso la massima implementazione del sito *web* istituzionale, al fine di consentire la più ampia comprensione e consultazione delle informazioni da parte del cittadino-utente.

L'Azienda assicura la pubblicità dell'attività amministrativa ed il suo svolgimento imparziale attraverso l'esercizio del diritto di accesso agli atti, in tutte le sue forme tutelate dall'ordinamento giuridico, ai documenti e alle informazioni ivi contenute, nel rispetto del diritto alla riservatezza, nel rispetto del *Regolamento UE 679/2016 e relative norme attuative* e alla identità di persone fisiche, giuridiche, gruppi, associazioni e imprese.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), nominato dal Direttore Generale, coordina il sistema aziendale di prevenzione dei rischi corruttivi e di attuazione della trasparenza. Predispone le relative misure nell'ambito del PIAO, ne verifica l'effettiva attuazione e l'adeguatezza, vigila sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e presidia l'accesso civico semplice e il canale interno per le segnalazioni di illeciti. Opera in raccordo con la Direzione Aziendale, l'OIV, i dirigenti e il Responsabile della protezione dei dati, ferme restando le responsabilità proprie di ciascuna struttura.

7.17 Transizione digitale e IA

L'Azienda promuove la trasformazione digitale, nella consapevolezza che tale processo richiede il contributo ed il coinvolgimento di ogni articolazione organizzativa e, a tal fine, in coerenza con il Codice dell'Amministrazione Digitale (C.A.D.), adottato con D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, e ss.mm.ii., garantisce l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione dell'Azienda, facilitando la transizione alla modalità operativa digitale ed i

conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità.

Costituiscono principi guida organizzativi in tale ambito, ai quali l'Azienda informa il proprio operato, l'analisi della coerenza tra l'organizzazione aziendale e l'utilizzo delle tecnologie digitali, al fine di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa, come pure la promozione di iniziative attinenti all'attuazione delle direttive statali e regionali in materia di innovazione e nuove tecnologie.

L'Azienda recepisce, pertanto, le indicazioni ordinamentali ed il correlato intendimento normativo teso ricondurre al vertice aziendale la *governance* - intesa come attività di indirizzo, coordinamento e correlata responsabilità - della transizione al digitale, attraverso la realizzazione di servizi pubblici rivisitati in un'ottica che ne preveda la piena integrazione con le nuove tecnologie, e non più la contrapposizione di queste ultime alle esistenti forme di organizzazione[24]. A tal fine, sono individuati in seno all'organizzazione aziendale sia la struttura, sia i soggetti preposti, incaricati della conduzione del processo di transizione alla modalità operativa digitale ed i conseguenti processi di riorganizzazione, in particolare effettuando:

- un coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli *standard* tecnici e organizzativi comuni;
- azioni di indirizzo e coordinamento dello sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'Azienda;
- azioni di indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture, anche in relazione al sistema pubblico di connettività, nel rispetto delle regole tecniche previste dalle direttive nazionali;
- iniziative tese ad agevolare l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e azioni di promozione dell'accessibilità, anche in attuazione di quanto previsto dalla Legge 9 gennaio 2004, n. 4, e ss.mm.ii., recante "Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici";
- un'analisi periodica della coerenza tra l'organizzazione aziendale e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la

[24] [Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 3 del 1° ottobre 2018 – Prot. n. 20955251 01/10/2018 – avente ad oggetto "Responsabile per la transizione digitale - art. 17 decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale"].

soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi, nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;

- progettazione e coordinamento di iniziative rilevanti, ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra Pubbliche Amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- azioni di pianificazione e coordinamento del processo di diffusione, all'interno dell'Azienda, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico, firma digitale o firma elettronica qualificata e mandato informatico, e delle norme in materia di accessibilità e fruibilità, nonché del processo di integrazione e interoperabilità tra sistemi diversi;
- attività di pianificazione e coordinamento degli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione, al fine di garantirne la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale.

L'Azienda considera l'I.A. una grande opportunità per supportare i professionisti nella diagnosi, ottimizzare i processi organizzativi e indirizzare i cittadini verso i percorsi di cura più appropriati, nella consapevolezza che l'innovazione tecnologica può contribuire a rendere il Sistema Sanitario Regionale sempre più efficiente e vicino alle esigenze delle persone, accompagnando la trasformazione con garanzie costanti di sicurezza, trasparenza e centralità del paziente.

L'Azienda, pertanto, promuove l'integrazione dell'I.A. nel settore dell'assistenza sanitaria per realizzarne appieno il potenziale, rafforzare la fiducia in queste tecnologie e promuovendone l'accettazione nel campo dell'assistenza sanitaria, affrontando le sfide connesse alla loro diffusione nella pratica clinica consistenti nell'accesso a dati sanitari di qualità elevata, nell'adozione di misure volte a promuovere l'innovazione nel settore e nella necessità di garantire che i sistemi di IA utilizzati in medicina siano sicuri ed affidabili.

In tale quadro, l'Azienda attua iniziative tese anche al reperimento di finanziamenti sostenibili per integrare l'I.A. nei flussi di lavoro clinici, non solo come strumento accessorio, ma anche come parte di un processo di cura ridefinito nell'ottica di una maggiore efficienza, nella consapevolezza che lo sviluppo e la diffusione dell'intelligenza artificiale in medicina richiedono l'accesso a diversi tipi di dati sanitari di elevata qualità per garantire accuratezza, robustezza ed equità per le varie popolazioni.

L'Azienda, a tal fine, pone particolare attenzione all'ambito progettuale, anche extra-nazionale, per l'utilizzo dei dati sanitari elettronici per finalità di ricerca e innovazione, nell'ambito dei sistemi di sostegno alle decisioni cliniche basati sull'IA e nelle applicazioni di sanità digitale, promuovendo soluzioni di intelligenza artificiale anche all'avanguardia, garantendo nel contempo il rispetto dei principi etici e delle norme in materia di protezione

dei dati, affinché l'accesso strutturato ai dati sanitari possa non solamente stimolare l'innovazione, ma anche migliorare la sicurezza dei pazienti e l'equità nell'assistenza sanitaria basata sull'IA.

Costituiscono ambiti progettuali di interesse per l'Azienda le dimensioni del controllo de propri dati sanitari da parte dei cittadini/pazienti/utenti, lo scambio di dati ai fini della prestazione di assistenza sanitaria in ambito extra-nazionale o europeo, nonché la creazione di mercato unico per i sistemi di cartelle cliniche elettroniche quale sistema coerente, affidabile ed efficiente per il riutilizzo dei dati sanitari per la ricerca, l'innovazione, la definizione delle politiche e le attività normative, a beneficio di pazienti, ricercatori, innovatori e regolatori.

In particolare, l'Azienda promuove strategie per l'I.A. volte migliorare l'erogazione di servizi pubblici nel campo dell'assistenza sanitaria, nonché in relazione a soluzioni digitali nel settore delle biotecnologie, sfruttando i dati sanitari in modo sicuro e responsabile, anche ponendo particolare attenzione prioritaria alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento delle malattie e alla riabilitazione dei pazienti, promuovendo collaborazioni internazionali in materia di I.A. nel settore sanitario.

CAPO IV - *GOVERNANCE* E SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI

8. I cittadini singoli e associati

L'Azienda persegue una politica per la salute in stretta collaborazione con le Istituzioni Locali che operano, a vario titolo, nella società civile, favorendo la partecipazione attiva delle cittadine e dei cittadini nella definizione delle scelte che riguardano la salute, riconoscendo la centralità del cittadino, singolo e associato, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi.

Il coinvolgimento partecipativo dei cittadini, delle istituzioni, dell'associazionismo e delle comunità si configura come un valore che ispira costantemente le scelte e le azioni dell'Azienda, sempre tesa ad innalzare il livello della qualità dei servizi erogati. In tale prospettiva, il ricorso a canali e strumenti innovativi di comunicazione interna ed esterna rappresenta una chiara scelta aziendale impegnata in un complessivo progetto di rinnovamento del portale aziendale e di utilizzo di *new media* in grado di facilitare ai cittadini l'accesso alle informazioni, con i conseguenti benefici che da questo derivano in termini di miglioramento della capacità di scelta e di consapevolezza.

L'Azienda intende progettare, quindi, la partecipazione dei cittadini in senso quanto più ampio possibile. A tale scopo:

- promuove la diretta partecipazione del cittadino/paziente/utente con iniziative specifiche;
- definisce collaborazioni con le organizzazioni che esprimono la società civile e, in primo luogo, con le associazioni dei pazienti e delle loro famiglie.

Gli strumenti partecipativi permettono il coinvolgimento dei cittadini alla determinazione delle politiche aziendali di assistenza, e valorizzano il ruolo del terzo settore come una delle componenti cui affidare la erogazione di servizi socio sanitari, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

A tal fine l'Azienda recepisce le indicazioni utili al miglioramento delle attività da parte dei cittadini, favorendo la creazione di gruppi di miglioramento della qualità con la partecipazione di rappresentanze degli utenti dei servizi; riconosce la funzione delle formazioni sociali non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo.

L'Azienda persegue tali obiettivi mediante strategie di comunicazione volte all'informazione, all'educazione e alla partecipazione. La partecipazione di garanzia è esercitata dal singolo cittadino attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato.

Gli strumenti tradizionali con cui l'Azienda assicura la partecipazione sono rappresentati dai Comitati Consultivi Misti e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, a cui sono affiancati strumenti ed applicazioni che permettono agli utenti di interagire, collaborare e creare contenuti, nell'ottica di utilizzo del *web* quale piattaforma partecipativa.

L'Azienda garantisce la tutela dei diritti degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari e la comunicazione trasparente delle modalità di offerta dei servizi, anche mediante la predisposizione di apposite Carte dei Servizi.

8.1 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico assicura la tutela dei diritti di partecipazione socio-sanitari degli utenti e dei cittadini direttamente come individui titolari di un fascio di diritti. Assicura, altresì, la funzione relativa alla comunicazione bidirezionale con gli utenti, contribuendo a far sviluppare in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso.

Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando per tale finalità idonei ed adeguati strumenti.

In particolare, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico acquisisce le osservazioni e i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai Dirigenti competenti e provvede a farsi parte attiva nel processo di tempestivo riscontro agli utenti, al fine di giungere ad una rapida soluzione delle criticità riscontrate, venendosi in tal modo a configurare come un prezioso strumento di autoapprendimento organizzativo.

Raccoglie, classifica e archivia le segnalazioni e gli esposti in apposita banca dati e predispone relazioni alla Direzione Strategica sulle segnalazioni e sui reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Dette relazioni sono accompagnate da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'Azienda garantisce che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, assumendo un ruolo attivo nei rapporti con le Associazioni di Volontariato e con le Associazioni di tutela dei cittadini.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico raccoglie, altresì, segnalazioni positive proponendo, ove necessario, la stesura di lettere di encomio al fine di favorire l'emersione e la comunicazione di buone pratiche ed il miglioramento del senso di appartenenza del personale all'Azienda ed alla sua *mission* istituzionale.

9. La Regione Liguria

Per le attività di periodica programmazione, verifica e rendicontazione delle attività e dei costi, l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Liguria.

Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario, nel quale la Regione Liguria governa il sistema sanitario pubblico regionale allargato, regola i meccanismi di funzionamento, di accesso, di fruizione e di integrazione, garantisce il coordinamento e la cooperazione tra i soggetti erogatori.

La Regione Liguria, inoltre, presiede la programmazione, il monitoraggio ed il controllo dei livelli di assistenza erogati dai soggetti pubblici e privati accreditati perseguendo, in particolare, la qualità dei processi, l'unitarietà e la tempestività dei percorsi assistenziali di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché la responsabilizzazione dei soggetti chiamati ad effettuare scelte programmatorie e di politica sanitaria, di gestione e professionali, supportando lo sviluppo del governo clinico, l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e la coerenza complessiva del sistema di protezione sociale a sostegno delle persone e della famiglia.

L'Azienda Tutela della Salute Liguria risponde alla Regione Liguria quale titolare delle funzioni di governo strategico del Sistema Sanitario Regionale, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese e della capacità di conseguire gli obiettivi di salute assegnati a fronte di risorse determinate.

10. *Stakeolders* esterni

L'Azienda pone in essere azioni tese ad instaurare dialoghi strutturati con gli *stakeholders* regionali (Conferenza dei Sindaci, Ordini professionali, Sindacati, Terzo Settore, Associazioni dei pazienti, Università), anche mediante canali di informazione tradizionali e/o digitali (stampa, televisione, radio, *social media*).

11. Rapporti con le Università

L'Azienda considera la sinergia con le Università un importante elemento di crescita e sviluppo dell'organizzazione aziendale, nonché di attrattività e valorizzazione del capitale umano, rappresentando un'occasione per promuovere innovazione e nuove competenze quali presupposti fondamentali anche per offrire ed assicurare servizi sanitari di qualità ai cittadini.

I rapporti tra l'Azienda e le Università sono precipuamente finalizzati allo svolgimento unitario e coordinato delle attività di assistenza, didattica e ricerca, fra loro inscindibilmente correlate, nel reciproco interesse delle parti, al fine di migliorare il servizio pubblico all'utenza,

accrescendo la qualità dei processi di aggiornamento e formazione professionale degli operatori, implementando o condividendo l'avvio di percorsi di ricerca, anche in relazione all'innovazione tecnologica ed assistenziale, perseguendo il miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni assistenziali e scientifiche ed il progressivo incremento di efficienza nel governo e nella gestione dei fattori produttivi, compresi quelli scientifici, in coerenza con i piani strategici e di sviluppo aziendali, nonché con la programmazione didattico – scientifica.

L'Azienda riconosce nella collaborazione strutturata con le Università l'opportunità di:

- sviluppare iniziative comuni nell'ambito della ricerca e dell'innovazione delle cure;
- ricercare sinergie con tutte le istituzioni che possono valorizzare punti di eccellenza ove si integrino in modo efficace le funzioni di didattica, ricerca ed assistenza;
- qualificare l'attività didattica attraverso l'identificazione e lo sviluppo di ambienti di apprendimento in grado di promuovere la migliore formazione degli studenti dei corsi di laurea, di specializzazione e dei corsi post laurea;
- programmare ed organizzare le competenze disponibili per rispondere alle domande di formazione di base e specialistica.

A tal fine, l'Azienda realizza rapporti di collaborazione strutturali, sia per le discipline orientate alla sanità ospedaliera, sia per quelle orientate alla sanità territoriale, principalmente con le Istituzioni presenti nel territorio regionale ovvero, in subordine, con altre Istituzioni extra regionali, nell'ambito delle cornici definite a livello regionale dai P.G.I. (Protocollo Generale di Intesa), sottoscritti dalla Regione Liguria con le Università e altri soggetti sia di natura pubblica che privata, per lo svolgimento dell'attività assistenziale dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale, ai sensi dell'articolo 1 ("Rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università"), comma 2[25], del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, e ss.mm.ii., recante "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419".

[25] [**Articolo 1 ("Rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università"), comma 2, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, e ss.mm.ii.**: "**2.** *I protocolli d'intesa di cui al comma 1 sono stipulati in conformità ad apposite linee guida contenute in atti di indirizzo e coordinamento emanati, su proposta dei Ministri della sanità, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei seguenti criteri e princìpi direttivi: a) promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra Servizio sanitario nazionale e università; b) informare i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università al principio della leale cooperazione; c) definire le linee generali della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale; d) indicare i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di aurea della facoltà di medicina e chirurgia, delle aziende di cui all'articolo 2, nonché delle Aziende USL per quanto concerne le attività di prevenzione, secondo criteri di essenzialità ed efficacia assistenziale, di economicità nell'impiego delle risorse professionali e di funzionalità e coerenza con le esigenze di ricerca e di didattica dei predetti corsi. Le medesime attività e strutture tengono anche conto delle funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di diploma universitario e di specializzazione, nel rispetto delle attribuzioni del Servizio sanitario e delle università di cui agli articoli 6, commi 2 e 3, e 16-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché di cui al Titolo VI del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, per quanto concerne la formazione dei medici specialisti e del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione*"].

CAPO IV – ASSETTO ISTITUZIONALE

12. Organi dell'Azienda

Sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione, il Collegio Sindacale.

12.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, ai sensi dell'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 6[26], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e dall'articolo 19[27] ("Direttore generale dell'ATS Liguria") della Legge Regione Liguria 7 dicembre

[26] [**Articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 6 , D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: "***6.*** *Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512D.L. 27/08/1994, n. 512, 1., convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione*"].

[27] [**Articolo 19 ("Direttore generale dell'ATS Liguria"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***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.*** *[……]* ***3.*** *[……]* ***4.*** *Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato. In caso di nomina di lavoratori dipendenti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3-bis del D.Lgs. 502/1992.* ***5.*** *Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza dell'ATS Liguria.* ***6.*** *Il direttore generale nomina: a) i membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 3, del D.Lgs. 502/1992, effettuando la prima convocazione del collegio; 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*

2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale, è il rappresentante legale dell'Azienda, è nominato dalla Regione e ad esso sono riservati i poteri di gestione.

Al Direttore Generale spetta la responsabilità complessiva della gestione dell'Azienda nel rispetto dei principi d'imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione, nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed appropriatezza, assicurando il governo unitario dell'Azienda.

Il Direttore Generale assicura, in coerenza con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari, il perseguimento della *mission* aziendale, coadiuvato dal Collegio di Direzione e dal Collegio Sindacale e avvalendosi degli organismi e delle strutture organizzative dell'Azienda, ed è, altresì, responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici.

La normativa nazionale e quella regionale in materia sanitaria riservano tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale della Azienda, al Direttore Generale, il quale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'Azienda.

Il Direttore Generale esercita, coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Sociosanitario e dal Direttore Amministrativo, le funzioni di indirizzo attraverso la formulazione delle strategie sanitarie e amministrative aziendali e la loro articolazione in obiettivi da assegnare ai centri di responsabilità.

Egli è responsabile del perseguimento degli obiettivi generali aziendali, con particolare riferimento a quelli derivanti dalla pianificazione regionale, attraverso la ricerca e l'adozione delle soluzioni organizzative e gestionali più appropriate allo scopo di assicurare la migliore efficacia ed efficienza dell'azione clinico-assistenziale e amministrativa dell'Azienda stessa.

Gli atti del Direttore Generale sono assunti su proposta dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle Strutture competenti in ragione dell'area di responsabilità (Deliberazioni), in coerenza con quanto definito dai provvedimenti di incarico e dai funzionigrammi aziendali, ovvero da eventuali provvedimenti di delega.

Compete al Direttore Generale la pianificazione strategica, la verifica dei costi, dei rendimenti e dei risultati al fine di assicurare la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. A tal fine, si avvale dell'organizzazione dell'Azienda e della collaborazione del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario.

---

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. [……]"*].

Relativamente alla sostituzione del Direttore Generale, per le fattispecie ivi previste, trova applicazione l'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 6[28], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., cui si fa espresso rinvio, in correlazione ad eventuale provvedimento di delega da adottarsi a cura del Direttore Generale stesso.

Afferiscono funzionalmente al Direttore Generale:

Il Medico Competente

È responsabile della Medicina del Lavoro, che svolge le funzioni proprie previste dalla normativa vigente, ed in particolare *ex* D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

Avendone i titoli ed i requisiti di cui all'articolo 38[29] ("Titoli e requisiti del medico competente"), comma 1, *ex* D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", effettua quanto richiesto dalla normativa vigente in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

In particolare, ottempera agli obblighi attribuiti allo stesso ai sensi dell'articolo 25[30] ("Obblighi del medico competente") del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante

---

[28] [Cit.]

[29] [**Articolo 38 ("Titoli e requisiti del medico competente"), comma 1, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti: a) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica; b) docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro; c) autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277; d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale; d-bis) con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni. [……]*"].

[30] [**Articolo 25 ("Obblighi del medico competente"), D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Il medico competente: a) collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute», secondo i principi della responsabilità sociale; a-bis) fornisce informazioni ai lavoratori sull'importanza della prevenzione oncologica, promuovendo l'adesione ai programmi di screening oncologici previsti dai livelli essenziali di assistenza (LEA), informando le lavoratrici e i lavoratori sulla loro finalità e utilità, anche con il supporto di campagne informative a tale scopo promosse dal Ministero della salute; b) programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati; c) istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del medico competente; d) consegna al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, e con salvaguardia del segreto professionale; e) consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio, e gli fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima. L'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservata, nel rispetto di quanto disposto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, da parte del datore di lavoro, per almeno dieci anni, salvo il diverso termine previsto da*

"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

Il Responsabile della Protezione Dati (R.P.D./D.P.O.)

Svolge le funzioni proprie previste dalla normativa vigente, ed in particolare dall'R.G.P.D. UE 2016/679 (artt. 37-39) e dalle Linee Guida europee del 31 dicembre 2016 [("D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e ss.mm.ii., "Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 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)]".

L'Azienda, in quanto soggetto pubblico, è tenuta alla nomina di un R.P.D., ai sensi dell'art. 37, par. 1, lett. a), del R.G.P.D., che ha previsto che i titolari e i responsabili del trattamento designino un R.P.D. quando il trattamento è effettuato da un'autorità pubblica o da un organismo pubblico, eccettuate le autorità giurisdizionali quando esercitano le loro funzioni giurisdizionali, in coerenza con il G.D.P.R. (*General Data Protection Regulation*) Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che dichiara che "la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati di carattere personale è un diritto fondamentale" e che esso "protegge i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali".

Conformemente alle predette fonti, l'Azienda si ispira al principio di "responsabilizzazione" (c.d. *accountability*) che, con un approccio basato principalmente sulla

---

altre disposizioni del presente decreto; e-bis) in occasione della visita medica preventiva o della visita medica preventiva in fase preassuntiva di cui all'articolo 41, richiede al lavoratore di esibire copia della cartella sanitaria e di rischio rilasciata alla risoluzione del precedente rapporto di lavoro e ne valuta il contenuto ai fini della formulazione del giudizio di idoneità, salvo che ne sia oggettivamente impossibile il reperimento; f) invia all'ISPESL, esclusivamente per via telematica, le cartelle sanitarie e di rischio nei casi previsti dal presente decreto legislativo, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Il lavoratore interessato può chiedere copia delle predette cartelle all'ISPESL anche attraverso il proprio medico di medicina generale; g) fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; h) informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria; i) comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'articolo 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori; l) visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi; m) partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria; n) comunica, mediante autocertificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'articolo 38 al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto; n-bis) in caso di impedimento per gravi e motivate ragioni, comunica per iscritto al datore di lavoro il nominativo di un sostituto, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 38, per l'adempimento degli obblighi di legge durante il relativo intervallo temporale specificato"].

valutazione dei rischi sui diritti e le libertà degli interessati, attribuisce ai Titolari del trattamento (nei quali è ricompresa l'Azienda) l'obbligo non solo di assicurare la protezione dei dati personali, ma anche di essere in grado di comprovare concretamente il rispetto dei principi dettati dal G.D.P.R., nonché la predisposizione e l'applicazione di tutte quelle misure tecniche ed organizzative ritenute più idonee al raggiungimento di tale *compliance* normativa.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RCPT)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), nominato dal Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1 c. 7 della L. n. 190 del 6/11/2012, come modificato dal D.Lgs. n. 97 del 25/5/2016 e ss.mm.ii. e con le funzioni previste dallo stesso e dalle relative norme attuative ed indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), coordina il sistema aziendale di prevenzione dei rischi corruttivi e di attuazione della trasparenza. Predispone le relative misure nell'ambito del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), di cui all'art.6 del D.L. n.80 del 9.6.2021, convertito il L.n.113 del 6.8.2021 e ss.mm.ii., in cui è confluisce il piano triennale di prevenzione della corruzione, ne verifica l'effettiva attuazione e l'adeguatezza, vigila sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e presidia l'accesso civico semplice e il canale interno per le segnalazioni di illeciti. Opera in raccordo con la Direzione Aziendale, l'OIV, i dirigenti e il Responsabile della Protezione dei Dati, ferme restando le responsabilità proprie di ciascuna struttura.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.)

Svolge le funzioni proprie previste dalla normativa vigente, ed in particolare *ex* D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

Secondo quanto definito dall'articolo 2 ("Definizioni"), comma 1, lettera l)[31], del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", il Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi (S.P.P.) è l'insieme delle persone, dei sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori.

Il servizio di prevenzione e protezione svolge attività di consulenza e di supporto al Datore di Lavoro per garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in tutti gli ambienti di lavoro aziendali, mediante attività di prevenzione e protezione dai rischi.

[31] [**Articolo 2 ("Definizioni"), comma 1, lettera l), D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: *"«servizio di prevenzione e protezione dai rischi»: insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori"*].

Il Direttore Generale rimane il Legale Rappresentante dell'Azienda della Tutela Salute Liguria che, come previsto dalla Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", è articolata sull'intero territorio regionale con cinque Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L. 1, A.S.L. 2, A.S.L. 3, A.S.L. 4 e A.S.L. 5), più un'Area di gestione dei servizi accentrati (Area Liguria Salute)

I rispettivi Direttori, ai sensi degli articoli 24-*bis* ("Direttore di ASL"), comma 7[32], e 24-*ter* ("Direttore dell'Area Liguria Salute"), comma 4[33], della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", sono individuati quali datori di lavoro per gli effetti di cui al D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

In ragione di tale complessità il sistema di Prevenzione e Protezione dai rischi è articolato in modo coerente all'organizzazione, per poter garantire il più efficace supporto ai diversi Datori di Lavoro.

Ai sensi dell'articolo 24-*bis* ("Direttore di ASL"), comma 9[34], della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", è previsto che i Datori di Lavoro coordinino le proprie attività nell'ambito di una Conferenza permanente, la cui composizione e funzioni sono disciplinate dal presente Atto di Autonomia Aziendale.

A tale conferenza possono essere convocati, tra l'altro, i vari Responsabili dei Servizi di Prevenzione Protezione delle diverse Aree.

Organizzazione

L'intero sistema dei Servizi Prevenzione e Protezione presenti nell'A.T.S. Liguria si articola sui Servizi di Prevenzione e Protezione, individuati uno per ogni Area Sociosanitaria Locale, uno per l'A.T.S.L. ed uno per l'Area Liguria Salute.

---

[32] [**Articolo 24-*bis* ("Direttore di ASL"), comma 7, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*"].

[33] [**Articolo 24-*ter* ("Direttore dell'Area Liguria Salute"), comma 4, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*"].

[34] **[Articolo 24-*bis* ("Direttore di ASL"), comma 9, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*"].

Ai sensi dell'articolo 17[35] ("Obblighi del Datore di Lavoro non delegabili") del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., il Datore di Lavoro non può delegare le seguenti attività:

a) la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto all'articolo 28;

b) la designazione del Responsabile del servizio prevenzione e protezione dai rischi.

In ragione delle funzioni di Datore di Lavoro individuate dagli articoli 24-*bis*[36] e 24-*ter*[37] della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", ciascun Direttore di Area Sociosanitaria Locale ed il Direttore dell'Area Liguria Salute nominano, al proprio interno, il rispettivo Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione (R.S.P.P.), il quale provvede ai compiti *ex* articolo 33[38] ("Compiti del servizio di prevenzione e protezione") del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", nei luoghi di lavoro di propria competenza territoriale.

Analogamente, il Direttore Generale nomina il R.S.P.P. dell'Azienda Tutela della Salute Liguria (che può essere anche il medesimo R.S.P.P. già individuato e nominato da un'Area) il quale, oltre a provvedere ai compiti *ex* articolo 33[39] ("Compiti del servizio di prevenzione e protezione") del menzionato D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", nell'ambito di competenza, ha la funzione di soggetto referente per la collaborazione, l'armonizzazione e la standardizzazione strategica di tutti i Servizi di Prevenzione e Protezione delle diverse Aree, garantendo un approccio uniforme, coerente e sinergico alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

---

[35] [**Articolo 17 ("Obblighi del Datore di Lavoro non delegabili"), D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Il datore di lavoro non può delegare le seguenti attività: a) la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28; b) la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi*"].

[36] [Cit.].

[37] [Cit.].

[38] [**Articolo 33 ("Compiti del servizio di prevenzione e protezione"), D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Il servizio di prevenzione e protezione dai rischi professionali provvede: a) all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale; b) ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, e i sistemi di controllo di tali misure; c) ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali; d) a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori; e) a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35; f) a fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36.* ***2.*** *I componenti del servizio di prevenzione e protezione sono tenuti al segreto in ordine ai processi lavorativi di cui vengono a conoscenza nell'esercizio delle funzioni di cui al presente decreto legislativo. 3. Il servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro*"].

[39] [Cit.].

In linea generale, fatte salve le specificità e l'autonomia di ogni Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) e dell'Area Liguria Salute, i principali compiti del R.S.P.P. referente, sentiti i R.S.P.P. di Area, sono i seguenti:

- proporre linee guida comuni per l'identificazione dei rischi e le procedure di sicurezza;
- promuovere la coerenza tra le diverse Valutazioni dei Rischi;
- condividere le "buone prassi" (*best practices*) in materia di salute e sicurezza, da un'Area all'altra;
- proporre alla Direzione Aziendale piani di miglioramento e di investimento in materia di salute e sicurezza, condivisi e coerenti;
- proporre alla Direzione Aziendale piani formativi omogenei in materia di salute e sicurezza.

I vari R.S.P.P. sono tenuti a confrontarsi fra di loro al fine di avanzare, anche in sede di "Conferenza Permanente dei Datori di Lavoro dell'Azienda Tutela della Salute Liguria", proposte di miglioramento continuo del sistema di gestione della sicurezza.

Ogni R.S.P.P. mantiene la piena autonomia e responsabilità "*ex lege*" per l'assolvimento dei propri compiti nell'Area aziendale di competenza.

Un singolo R.S.P.P. può essere nominato anche da più Direttori di diverse Aree, ivi compreso il Direttore Generale.

Ogni singolo Servizio di Prevenzione e Protezione è costituito da personale formato secondo la norma, in numero adeguato rispetto alla complessità dell'Area aziendale a cui fa riferimento.

Compiti dei Servizi di Prevenzione e Protezione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, in conformità al citato articolo 33[40] ("Compiti del servizio di prevenzione e protezione") del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., è utilizzato dai vari Direttori di Area, in qualità di consulente e, a tal fine, svolge i propri compiti in stretta collaborazione con:

- le Direzioni aziendali;
- i Medici Competenti e i Medici Autorizzati;
- l'Esperto di Radioprotezione;
- l'Area Tecnica;
- il Responsabile Tecnico Antincendio;

[40] [Cit.].

- il Responsabile Amianto;
- la Struttura deputata alla Formazione Aziendale;
- i Delegati con funzioni di Datore di Lavoro;
- i Dirigenti per la sicurezza;
- i Preposti;
- i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;
- i R.U.P. e D.E.C. nell'ambito degli appalti di servizi e/o lavori.

Più in particolare, il S.P.P. provvede, per ogni Area di pertinenza:

a) all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;

b) ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2[41], del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", e i sistemi di controllo di tali misure;

c) a supportare i vari Direttori di Struttura ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;

d) a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;

e) a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35[42] ("Riunione periodica") del D.Lgs.

[41] [**Articolo 28 ("Oggetto della valutazione dei rischi"), comma 2, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: "**2.** *Il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), redatto a conclusione della valutazione, può essere tenuto, nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 53, su supporto informatico e deve essere munito anche tramite le procedure applicabili ai supporti informatici di cui all'articolo 53, di data certa o attestata dalla sottoscrizione del documento medesimo da parte del datore di lavoro, nonché, ai soli fini della prova della data, dalla sottoscrizione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale e del medico competente, ove nominato, e contenere: a) una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa. La scelta dei criteri di redazione del documento è rimessa al datore di lavoro, che vi provvede con criteri di semplicità, brevità e comprensibilità, in modo da garantirne la completezza e l'idoneità quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di prevenzione; b) l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati a seguito della valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a); c) il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza; d) l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri; e) l'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio; f) l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento*"].

[42] [**Articolo 35 ("Riunione periodica"), D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Nelle aziende e nelle unità produttive che occupano più di 15 lavoratori, il datore di lavoro, direttamente o tramite il servizio di prevenzione e protezione dai rischi, indice almeno una volta all'anno una riunione cui partecipano: a) il datore di lavoro o un suo rappresentante; b) il responsabile del*

9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

f) a fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36[43] ("Informazione ai lavoratori") del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

Per un maggior dettaglio dell'organizzazione del Sistema complessivo della Sicurezza, della composizione degli organici dei vari Servizi Prevenzione Protezione, nonché delle specifiche responsabilità di ogni figura derivante dell'applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", l'Azienda adotta specifico Regolamento del Sistema di Gestione della Sicurezza (S.G.S.L.).

12.2 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, conformemente alle previsioni di cui all'articolo 17[44] ("Collegio di direzione") del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante "Riordino della

---

servizio di prevenzione e protezione dai rischi; c) il medico competente, ove nominato; d) il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. ***2.*** *Nel corso della riunione il datore di lavoro sottopone all'esame dei partecipanti: a) il documento di valutazione dei rischi; b) l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria; c) i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale; d) i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute. 3. Nel corso della riunione possono essere individuati: a) codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali; b) obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro. 4. La riunione ha altresì luogo in occasione di eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio, compresa la programmazione e l'introduzione di nuove tecnologie che hanno riflessi sulla sicurezza e salute dei lavoratori. Nelle ipotesi di cui al presente articolo, nelle unità produttive che occupano fino a 15 lavoratori è facoltà del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza chiedere la convocazione di un'apposita riunione. 5. Della riunione deve essere redatto un verbale che è a disposizione dei partecipanti per la sua consultazione*"].

[43] [**Articolo 36 ("Informazione ai lavoratori"), D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Il datore di lavoro provvede affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione: a) sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi alla attività della impresa in generale; b) sulle procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro; c) sui nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di cui agli articoli 45 e 46; d) sui nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.* ***2.*** *Il datore di lavoro provvede altresì affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione: a) sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia; b) sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e delle miscele pericolose sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica; c) sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate. 3. Il datore di lavoro fornisce le informazioni di cui al comma 1, lettera a), e al comma 2, lettere a), b) e c), anche ai lavoratori di cui all'articolo 3, comma 9. 4. Il contenuto della informazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le relative conoscenze. Ove la informazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo*"].

[44] [**Articolo 17 ("Collegio di direzione"), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali. Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale*

disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e di cui all'articolo 21[45] ("Collegio di direzione") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", 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.

Il Collegio, 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'A.T.S. 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.

---

intramuraria. Nelle aziende ospedaliero universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese"].

[45] [**Articolo 21 ("Collegio di direzione"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***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"*].

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale almeno quattro volte l'anno, ovvero ogni qualvolta sia richiesto da almeno i due terzi dei componenti.

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 Sociosanitarie Locali;

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 sociosanitario;

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, e ss.mm.ii. (Disposizioni in materia di professioni sanitarie), ad eccezione dell'area infermieristica di cui alla lettera j;

m) un Medico di Medicina Generale e un Pediatra di Libera scelta convenzionati con l'A.T.S. Liguria, indicati dalle Organizzazioni Sindacali di categoria;

n) un rappresentante della medicina specialistica ambulatoriale;

o) un Medico veterinario.

I responsabili di cui alle lettere k) e l) sono individuati dal Direttore Generale con procedure elettive definite dalla Giunta regionale, conformemente alle disposizioni dell'articolo 21[46] ("Collegio di direzione") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale".

Al Collegio di direzione dell'A.T.S. Liguria si applicano le disposizioni del Regolamento allegato al presente Atto di Autonomia Aziendale.

[46] [Cit.].

12.3 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda composto e disciplinato secondo la normativa nazionale e regionale vigente e ha compiti di vigilanza e controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale, ai sensi dell'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 6, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", è nominato dal Direttore Generale in base alle designazioni effettuate dalle Autorità competenti, ai sensi di legge.

Ai sensi dell'articolo 3-*ter*[47] ("Collego sindacale"), del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e dell'articolo 20[48] ("Collegio sindacale") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", il Collegio:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;

[47] [**Articolo 3-*ter* ("Collego sindacale"), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.:** ***1.*** *Il collegio sindacale: a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; b) vigila sull'osservanza della legge; c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.* ***2.*** *I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.* ***3.*** *Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.* ***4.*** *I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo*"].

[48] [**Articolo 20 ("Collegio sindacale"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*"].

- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute.

La qualità di membro del Collegio sindacale è incompatibile con qualunque carica istituzionale elettiva nell'area di riferimento dell'Azienda Tutela della Salute Liguria.

13. La Direzione Generale

Nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., il quale stabilisce il principio di distinzione dei poteri, nonché delle correlate funzioni e responsabilità definite dall'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali") del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., l'Azienda persegue il principio di distinzione tra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale.

In tale prospettiva, rientrano nelle competenze della Direzione Strategica, cui è preposto il Direttore Generale, l'esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, le verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati, nonché l'adozione degli atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni.

Alla formazione delle suddette linee strategiche concorrono, oltre agli Organi dell'Azienda, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Sociosanitario.

Il Direttore Generale si avvale della collaborazione di un Direttore Sanitario, di un Direttore Amministrativo e di un Direttore Sociosanitario, da lui scelti tra soggetti in possesso dei requisiti di legge, che lo coadiuvano nell'esercizio delle sue funzioni e partecipano unitamente ad esso, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza, concorrendo alla formulazione di proposte e di pareri in relazione alla formazione del processo decisionale proprio della Direzione Generale.

In tale contesto, la Direzione Generale si configura quale organismo che opera collegialmente per realizzare gli indirizzi di politica sanitaria dettati dalla Regione Liguria.

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 ("Disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale") del D.Lgs. 4 agosto 2016, n. 171, e ss.mm.ii., recante "Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria".

Le sostituzioni nell'ambito della Direzione Generale avvengono in conformità al disposto dell'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 6[49], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., e dell'articolo 22 ("Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario"), commi 9 e 10[50], della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", la cui specifica attuazione è demandata all'adozione di provvedimento deliberativo da parte del Direttore Generale.

13.1 Il Direttore Sanitario

Ferma restando la responsabilità esclusiva dei Dirigenti in ordine alle competenze ad essi riservate, alle connesse gestioni ed ai relativi risultati, il Direttore Sanitario presiede agli aspetti igienici e sanitari aziendali e, unitamente al Direttore Sociosanitario, nell'ambito della propria macro area di competenza, concorre all'integrazione dei percorsi assistenziali tra l'ospedale e il territorio.

Il Direttore Sanitario è responsabile del conseguimento degli obiettivi di salute previsti dalla legge e dai piani aziendali, coadiuvando nell'esercizio delle proprie funzioni il Direttore Generale, in particolare svolgendo la funzione di integrazione e di raccordo interdipartimentale nell'ambito delle tematiche trattate dal Collegio di Direzione relative al governo clinico, accreditamento, gestione del rischio, analisi dei processi assistenziali, formazione, ricerca.

Individua gli obiettivi generali e specifici di produzione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume della qualità assistenziale, affiancando le risorse e i livelli di qualità coerenti con la politica e le linee di indirizzo esplicitate dalla Direzione Generale.

Coordina, supporta e affianca i Direttori di Dipartimento nella loro funzione di programmazione e pianificazione delle attività ed elaborazione dei piani organizzativi

[49] [**Articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 6, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.:** "***6.*** *[……] In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione*"].

[50] [**Articolo 22 ("Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario"), commi 9 e 10, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*"].

assicurando l'applicazione di criteri di gestione omogenei, efficienti ed efficaci, avvalendosi della collaborazione dei Dipartimenti di Staff e tecnici.

Si occupa della gestione dei processi trasversali e dello sviluppo delle reti aziendali e interaziendali rivalutando un modello di erogazione dell'assistenza incentrato sul percorso del paziente e sull'integrazione tra settori in questo coinvolti.

Assicura, nell'ambito del sistema dipartimentale, l'organizzazione, il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale, nonché l'unitarietà, il coordinamento e l'integrazione della globalità del processo produttivo sanitario aziendale.

Garantisce inoltre l'attuazione del Programma aziendale di gestione del rischio, coerentemente agli indirizzi nazionali e regionali.

Nel quadro degli ambiti sopra definiti, il Direttore Sanitario:

a) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;

b) promuove e verifica la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, l'efficacia, l'efficienza degli interventi svolti dalle strutture organizzative sanitarie specialistiche;

c) promuove e verifica l'integrazione dei percorsi assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri e tra questi e il territorio;

d) verifica e controlla la rispondenza delle attività delle strutture organizzative sanitarie specialistiche alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore Generale ed ha potere sostitutivo, in caso di inerzia nei confronti delle stesse. L'esercizio del potere sostitutivo ha carattere eccezionale ed è prontamente comunicato al Direttore Generale;

e) verifica, avvalendosi delle funzioni del Controllo di Gestione, il rapporto costi-benefici, curando il rispetto del *budget* aziendale, e detta le disposizioni per il ripristino dell'equilibrio costi-ricavi nel caso in cui si valuti la formazione d'un possibile disavanzo;

f) presiede il Consiglio dei Sanitari per le materie di competenza;

g) collabora con il Direttore Generale e la dirigenza alla predisposizione di piani di riassetto delle funzioni dell'Azienda, con particolare riferimento agli obiettivi di universalità, qualità, appropriatezza e ridistribuzione logistica delle prestazioni;

h) verifica la rispondenza dell'organizzazione agli indirizzi e ai piani dell'Azienda proponendo, nell'ambito della flessibilità, le opportune revisioni dell'architettura delle strutture organizzative sanitarie e dei dipartimenti sanitari;

i) opera in sinergia col Direttore Amministrativo e col Direttore Sociosanitario partecipando alle attività di sostegno in favore dei Dipartimenti e delle Strutture organizzative che si discostano dagli obiettivi aziendali;

j) promuove l'integrazione delle attività amministrative, tecniche e sanitarie finalizzata al superamento di eventuali criticità tra la componente amministrativa e quella sanitaria.

In relazione ai requisiti di nomina e durata dell'incarico del Direttore Sanitario trovano applicazione le disposizioni di cui all'articolo 22[51] ("Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

13.2 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo concorre al governo dell'Azienda, partecipando al processo di pianificazione strategica.

Risponde della coerenza dell'attività amministrativa con gli obiettivi strategici e, attraverso gli strumenti di diretta gestione, esercita un costante monitoraggio sull'andamento della spesa, orientando le attività delle Strutture tecnico-amministrative ai fini del perseguimento degli obiettivi aziendali e del rispetto delle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Dirige l'insieme dei servizi amministrativi e tecnico-professionali di supporto, al fine di assicurare:

- il presidio del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo lo sviluppo di strumenti e procedure che consentano una corretta, completa e

[51] [**Articolo 22 ("Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***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 sovraintende 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*"].

trasparente rappresentazione economico-finanziaria e patrimoniale dell'attività dell'Azienda;

- l'acquisizione delle risorse materiali, umane e strumentali, occorrenti alla produzione dei servizi, assicurando il coordinamento e l'integrazione dei servizi amministrativi e tecnici su base aziendale;
- la legittimità degli atti, garantendo l'efficacia, l'uniformità e la semplificazione delle procedure di natura amministrativa, tecnica e logistica, con prioritaria attenzione al monitoraggio e controllo della spesa.

La Direzione Amministrativa si avvale di servizi professionali e tecnici con funzioni di supporto generale all'Azienda e di servizi finalizzati a supportare l'assistenza territoriale e ospedaliera, anche organizzati in piattaforme, per tutte quelle attività che necessitano di essere erogate accanto alle funzioni di produzione sanitaria.

Ferma restando la responsabilità esclusiva dei dirigenti in ordine alle competenze ad essi riservate, alle connesse gestioni ed ai relativi risultati, il Direttore Amministrativo sovrintende al complesso delle funzioni economiche, finanziarie ed amministrative aziendali.

Anche in relazione a tali attribuzioni, adotta ogni provvedimento conferitogli dalle vigenti disposizioni di legge e dal presente Atto. In particolare:

- fornisce parere al Direttore Generale sui provvedimenti proposti dalla dirigenza e, in genere, su qualsiasi attività dell'Azienda;
- adotta le misure organizzative generali, anche in esecuzione delle decisioni del Direttore Generale;
- promuove e verifica la qualità, l'efficienza e l'efficacia dell'attività svolta dalle strutture organizzative afferenti, strutturalmente o funzionalmente, alla Direzione Amministrativa;
- verifica, avvalendosi delle funzioni del Controllo di Gestione, il rapporto costi-benefici e detta eventuali disposizioni per il ripristino dell'equilibrio economico/finanziario;
- verifica e controlla la rispondenza delle attività delle Strutture organizzative amministrative alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore Generale ed ha potere sostitutivo, in caso di inerzia, nei confronti delle stesse. L'esercizio del potere sostitutivo ha carattere eccezionale ed è prontamente comunicato al Direttore Generale;
- convoca, qualora ne ravvisi la necessità, i Dirigenti delle Strutture amministrative e tecniche ai fini dell'integrazione delle attività dell'Azienda, nonché di una costante e puntuale verifica collegiale delle informazioni e delle procedure;
- opera in sinergia con il Direttore Sanitario e il Direttore Sociosanitario partecipando alle attività di sostegno in favore dei Dipartimenti e delle strutture organizzative che si

discostano dagli obiettivi aziendali, promuovendo l'integrazione delle attività amministrative, tecniche e sanitarie e collaborando al superamento di eventuali criticità tra la componente amministrativa e quella sanitaria;

- promuove il superamento dell'approccio per adempimenti in favore della logica del risultato del procedimento, attribuendo a ciascun segmento d'esso la responsabilità dell'esito finale.

In relazione ai requisiti di nomina e durata dell'incarico del Direttore Amministrativo, trovano applicazione le disposizioni di cui all'articolo 22[52] ("Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

13.3 Il Direttore Sociosanitario

Il Direttore Sociosanitario, ferma restando la responsabilità esclusiva dei dirigenti in ordine alle competenze ad essi riservate, alle connesse gestioni ed ai relativi risultati, affianca il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario nell'espletamento delle funzioni aziendali relative alla componente territoriale attraverso la funzione di verifica e controllo dell'organizzazione dei servizi, dell'economicità e dell'efficienza produttiva e, soprattutto, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese nella macro area di afferenza.

Il Direttore Sociosanitario presidia, a livello strategico, i servizi sociosanitari, identificando ai fini programmatori la domanda di assistenza sociosanitaria, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sociosanitari e promuovendo l'integrazione dei servizi stessi, e allo stesso compete lo sviluppo della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e la realizzazione di modelli di gestione integrata.

Il Direttore Sociosanitario è responsabile del conseguimento degli obiettivi di salute previsti dalla legge e dai piani aziendali. In particolare:

- fornisce parere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- promuove e verifica la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, l'efficacia, l'efficienza degli interventi svolti dalle strutture organizzative sanitarie territoriali;
- promuove e verifica l'integrazione dei percorsi assistenziali all'interno dei Distretti e tra questi e gli Ospedali;
- verifica e controlla la rispondenza delle attività delle strutture organizzative sanitarie territoriali alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore Generale ed ha potere

[52] [Cit.].

sostitutivo, in caso di inerzia nei confronti delle stesse. L'esercizio del potere sostitutivo ha carattere eccezionale ed è prontamente comunicato al Direttore Generale;

- verifica, avvalendosi del Centro di Controllo Direzionale, il rapporto costi-benefici curando il rispetto del *budget* aziendale e detta le disposizioni per il ripristino dell'equilibrio costi-ricavi nel caso in cui si valuti la formazione d'un possibile disavanzo;
- collabora col Direttore Generale e la Dirigenza alla predisposizione di piani di riassetto delle funzioni dell'Azienda, con particolare riferimento agli obiettivi di universalità, qualità, appropriatezza e ridistribuzione logistica delle prestazioni;
- verifica la rispondenza dell'organizzazione agli indirizzi e ai piani dell'Azienda proponendo, nell'ambito della flessibilità, le opportune revisioni dell'architettura delle strutture organizzative sanitarie e dei dipartimenti sanitari;
- opera in sinergia con il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipando alle attività di sostegno in favore dei Dipartimenti e delle Strutture organizzative che si discostano dagli obiettivi aziendali;
- promuove l'integrazione delle attività amministrative, tecniche e sanitarie finalizzata al superamento di eventuali criticità tra la componente amministrativa e quella sanitaria.

In relazione ai requisiti di nomina e durata dell'incarico del Direttore Sociosanitario trovano applicazione le disposizioni di cui all'articolo 22[53] ("Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

14. Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei sanitari, di cui all'articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 12[54], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., e di cui all'articolo 24[55]

[53] [Cit.].

[54] [**Articolo 3 ("Organizzazione delle unità sanitarie locali"), comma 12, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: "***12.*** *Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio*"].

[55] [**Articolo 24 ("Consiglio dei sanitari"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Il consiglio dei sanitari, ai sensi dell'articolo 3, comma 12, del D.Lgs. 502/1992, è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è*

("Consiglio dei sanitari") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario.

Fanno parte del Consiglio medici in maggioranza e altri operatori sanitari laureati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica, nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario.

Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario.

Il Consiglio dei sanitari esprime parere, su richiesta del direttore generale o del direttore sanitario:

- sull'atto di autonomia aziendale e sui piani attuativi aziendali;
- sulle attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti;
- sulle attività di assistenza sanitaria.

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.

Il Consiglio dei sanitari dura in carica cinque anni.

15. Altri organismi collegiali

15.1 Il Comitato Etico

Il Comitato Etico costituisce lo strumento per garantire, nell'ambito del rispetto della persona, uno sviluppo organico e costante di studi, ricerche, formazione, educazione, referenze scientifiche e consulenze in tutti i settori in cui opera l'Azienda.

Il Comitato Etico Aziendale, in conformità alla logica di unitarietà e integrazione del Servizio Sanitario Regionale, si avvale, per le proprie attività, dei giudizi espressi dal Comitato Etico istituito a livello regionale.

---

presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza e altri operatori sanitari laureati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'azienda è presente un presidio ospedaliero, nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. ***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*"].

In esecuzione delle disposizioni dell'articolo 2 ("Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici"), comma 7[56], della Legge 11 gennaio 2018, n. 3, e ss.mm.ii., recante "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 dell'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute 26 gennaio 2023 ("Individuazione di quaranta comitati etici territoriali"), è operante nell'ambito regionale ligure un 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.

Ai sensi della Direttiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo [(c.d. Direttiva sulle Sperimentazioni Cliniche, normativa quadro europea che ha armonizzato le regole per l'esecuzione degli studi clinici sui medicinali ad uso umano, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'applicazione delle Buone Pratiche Cliniche (GCP)], come sostituita dal Regolamento (UE) n. 536/2014, il Comitato Etico è un organismo indipendente costituito da membri interni rappresentativi di competenze multidisciplinari, che garantisce la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione, fornendo pubblica garanzia di tutela, nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Il Comitato Etico della Regione Liguria, istituito con Deliberazioni della Giunta Regionale:

- opera senza vincoli di subordinazione gerarchica nei confronti degli Enti o di loro articolazioni che ne hanno disposto l'istituzione, e che ne garantiscono indipendenza valutativa ed operativa;
- accerta e segnala eventuali conflitti di interesse che possano manifestarsi nell'ambito delle attività e dei programmi di ricerca;
- adotta uno specifico regolamento che ne disciplina composizione, modalità di funzionamento e documentazione prodotta, archiviata e resa disponibile per il periodo previsto dalle norme vigenti.

[56] [**Articolo 2 ("Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici"), comma 7, Legge 11 gennaio 2018, n. 3, e ss.mm.ii.**: "***7.*** *Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i comitati etici territoriali fino a un numero massimo di quaranta. Nell'individuazione dei comitati etici territoriali si deve tenere conto dei seguenti criteri: a) la presenza di almeno un comitato etico per ciascuna regione; b) l'avvenuta riorganizzazione dei comitati etici, prevista dall'articolo 12, commi 10 e 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, nei termini previsti dalla citata normativa; c) il numero di sperimentazioni valutate in qualità di centro coordinatore nel corso dell'anno 2016*"].

La gestione amministrativa del Comitato Etico è svolta dall'Azienda, ai sensi dell'articolo 17-*quater*, comma 2, lettera j)[57], della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

15.2 Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, di cui all'articolo 57[58] ("Pari opportunità") del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", come novellato dall'articolo 21 ("Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche") della Legge 4 novembre 2010, n. 183, e ss.mm.ii., recante "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro", prevede, in seno alle Pubbliche Amministrazioni, un unico organismo competente in materia di pari opportunità e di *mobbing* con funzione propositiva, consultiva e di verifica nelle materie di competenza, quali attribuite dalla legge e dai contratti collettivi, con particolare attenzione alle garanzie e alla vigilanza sull'effettiva opportunità tra uomini e donne, nonché a contrastare i fenomeni di *mobbing*.

---

[57] [**Articolo 17-*quater* ("Area Liguria Salute"), comma 2, lettera j), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***2.*** *Svolge inoltre, a vantaggio dell'intero SSR, le seguenti funzioni: [……] 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; [……]*"].

[58] [**Articolo 57 ("Pari opportunità"), D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.**: "***01.*** *Le pubbliche amministrazioni costituiscono al proprio interno, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni» che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.* ***02.*** *Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.* ***03.*** *Il Comitato unico di garanzia, all'interno dell'amministrazione pubblica, ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei princìpi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.* ***04.*** *Le modalità di funzionamento dei Comitati unici di garanzia sono disciplinate da linee guida contenute in una direttiva emanata di concerto dal Dipartimento della funzione pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione.* ***05.*** *La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi [……]*"].

Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) perseguire obiettivi tesi a:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità, prevenendo e contrastando ogni forma di violenza fisica e psicologica, di molestia e di discriminazione diretta e indiretta;
- ottimizzare la produttività del lavoro pubblico migliorando le singole prestazioni lavorative;
- accrescere la performance organizzativa dell'amministrazione nel suo complesso, rendendo efficiente ed efficace l'organizzazione anche attraverso l'adozione di misure che favoriscano il benessere organizzativo e promuovano le pari opportunità ed il contrasto alle discriminazioni.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative, effettivamente presenti all'interno di ogni singola amministrazione, e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti.

Ulteriormente a quanto sopra, il Comitato Unico di Garanzia, in particolare:

- esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dal citato articolo 57, comma 03[59], del D.Lgs. n. 165/2001, e ss.mm.ii.;
- predispone Piani di azioni positive volti a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica;
- esercita funzione consultiva, svolgendo un'azione di prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazione, in quanto chiamato a formulare pareri sui progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza, sui piani di formazione del personale, sulle forme di flessibilità lavorativa, sugli interventi di conciliazione, nonché sui criteri di valutazione del personale;
- verifica l'assenza di qualsiasi forma di violenza o discriminazione, diretta o indiretta, nel luogo di lavoro pubblico, nonché di situazioni di malessere collegate alla violenza e alla discriminazione, anche al fine di segnalare le suddette situazioni ai soggetti funzionalmente e territorialmente competenti.

[59] [Cit.].

15.3 Il Nucleo di Valutazione

L'articolo 44[60] ("Nucleo di valutazione") della L.R. Liguria 6 aprile 2022, n. 4, e ss.mm.ii., recante ("Disciplina dell'organizzazione amministrativa e della dirigenza della Regione Liguria") stabilisce, tra l'altro, che il Nucleo di Valutazione è un organo collegiale, composto da tre membri nominati dalla Giunta Regionale per un periodo di tre anni, con possibilità di rinnovo per una sola volta, scelti tra soggetti esterni all'ente.

Il Nucleo di valutazione esercita le funzioni di cui all'articolo 44, comma 5[61], della predetta legge regionale anche agli enti sanitari, come individuati con l'apposita deliberazione di Giunta Regionale relativa agli enti costituenti il settore regionale allargato e, inoltre, in attuazione della normativa di riferimento, svolge le funzioni di cui agli articoli 14 ("Organismo indipendente di valutazione della performance") e 30 ("Norme transitorie e abrogazioni"), del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e ss.mm.ii., recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Il Nucleo di Valutazione, ai fini dell'espletamento di funzioni di misurazione, valutazione e trasparenza delle *performance*, utilizza idonei strumenti di misurazione, anche a garanzia dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa, per quanto concerne la valutazione e verifica dei risultati di gestione, di quelli complessivi aziendali e di

---

[60] [**Articolo 44 ("Nucleo di valutazione"), L.R. Liguria 6 aprile 2022, n. 4, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Il nucleo di valutazione è un organo collegiale, composto da tre membri nominati dalla Giunta regionale per un periodo di tre anni, con possibilità di rinnovo per una sola volta, scelti tra soggetti esterni all'ente. La Giunta regionale individua uno dei tre componenti in qualità di presidente.* ***2.*** *In sede di prima applicazione, ai fini del computo del cumulo dei mandati di cui al comma 1, non si tiene conto di ogni periodo comunque svolto come componente nell'organo denominato nucleo di valutazione.* ***3.*** *I soggetti di cui al comma 1 devono essere in possesso di elevata professionalità ed esperienza maturata nel campo del management, della valutazione della performance e dell'organizzazione e valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.* ***4.*** *I soggetti di cui al comma 1 non possono essere nominati tra coloro che rivestono, con riferimento al territorio regionale, incarichi pubblici elettivi, cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali, che hanno rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, che hanno rivestito simili incarichi o cariche o che hanno avuto rapporti simili nei tre anni precedenti la designazione.* ***5.*** *Il nucleo di valutazione, per ciascun ente di cui al comma 7: a) rende il parere vincolante sul sistema di misurazione e valutazione della performance ai sensi dell'articolo 43, comma 1; b) monitora il funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione della performance, della trasparenza e integrità, fornendo i necessari pareri al riguardo; c) misura e valuta la performance organizzativa dell'ente e ne monitora l'andamento anche tenendo conto di indicatori di impatto finale e delle risultanze delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti; d) comunica tempestivamente all'Amministrazione regionale le eventuali criticità riscontrate; e) valida la relazione sulla performance; f) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi incentivanti, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità; g) propone alla Giunta regionale la valutazione annuale del Segretario generale, del Direttore generale di coordinamento e dei direttori generali, nonché l'attribuzione agli stessi della retribuzione di risultato; h) assolve le altre funzioni attribuite dalla legge in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione e collabora con il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza.* ***6.*** *Con deliberazione della Giunta regionale possono essere stabiliti ulteriori specifici requisiti per la nomina e individuate ulteriori funzioni anche secondo quanto previsto dalla disciplina nazionale.* ***7.*** *Il nucleo di valutazione esercita le funzioni di cui al comma 5 con riguardo alla Giunta regionale, agli enti parco, agli enti regionali, alle agenzie regionali e agli enti sanitari, come individuati con l'apposita deliberazione di Giunta regionale relativa agli enti costituenti il settore regionale allargato [……]*"].

[61] [Cit.].

quelli specifici relativi alle risorse umane, certificando le relative risultanze. A tal fine, nell'ambito delle attività di competenza, predispone:

- un rapporto di valutazione strategica sui principali risultati raggiunti dall'Azienda e sulle sue prospettive di sviluppo;
- una relazione concernente i sistemi di retribuzione e di valutazione del personale.

15.4 I Collegi Tecnici

I Collegi Tecnici sono preposti alla valutazione dei Dirigenti. In particolare, essi devono procedere, con le cadenze previste dalle norme contrattuali, all'accertamento della coerenza tra le competenze e i comportamenti tecnico professionali degli operatori e i ruoli e funzioni ad essi assegnati, secondo modalità disciplinate dall'Azienda.

Le valutazioni espresse dai Collegi Tecnici si basano su apposite proposte presentate dal Responsabile della struttura di appartenenza del dirigente, ferma restando l'unitarietà del processo di valutazione che deve concludersi con l'espressione di un giudizio complessivo coerente ed univoco

15.5 Comitati Misti Consultivi

I Comitati Consultivi Misti garantiscono la partecipazione e la consultazione dei cittadini sui servizi sanitari che interessano la comunità e costituiscono strumento organizzativo privilegiato per la rilevazione ed il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini.

I Comitati collaborano al miglioramento dei percorsi d'accesso ai servizi, promuovono indagini e valutazione sulla qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti, esprimono pareri e valutazioni rispetto ai segnali di disservizio e alle azioni di miglioramento, collaborano con l'Azienda per l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini e sono composti da membri designati dalle Associazioni di tutela e volontariato maggiormente impegnate in campo sanitario e socio-sanitario, rappresentanti dei Sindacati dei Pensionati, Dirigenti in rappresentanza dell'Azienda ed altri componenti individuati nell'ambito della medicina convenzionata e della rappresentanza territoriale e sociale.

I Comitati hanno una funzione consultiva e propositiva, in particolare con le seguenti finalità:

- ascoltare e rilevare il punto di vista dei cittadini;
- monitorare i segnali di disservizio e le criticità emergenti;
- partecipare all'analisi della qualità percepita dai cittadini sui servizi sanitari;
- elaborare proposte di miglioramento e collaborare alla loro realizzazione;

- collaborare nella comunicazione e informazione sulle modalità d'accesso ai servizi offerti ai cittadini.

Le funzioni e le modalità organizzative dei Comitati sono stabilite da apposito regolamento attuativo, adottato dal Direttore Generale.

Il coordinamento dell'attività aziendale dei Comitati Misti Consultivi è demandato, di norma alle funzioni che presidiano l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e la Comunicazione aziendale, ovvero ad altra Struttura individuata da provvedimenti aziendali.

15.6 Comitato di Committenza

Nell'ambito dell'A.T.S. Liguria opera il Comitato di Committenza, quale organismo consultivo interno costituito allo scopo di supportare la Direzione Strategica nei processi di programmazione, committenza sanitaria e organizzazione.

Il Comitato di Committenza è presieduto e convocato dal Direttore Generale ed è composto dai componenti della Direzione Strategica, dai Direttori di Area e dai Direttori di Distretto. In relazione alle tematiche trattate, il Comitato può essere integrato da ulteriori figure individuate dal Direttore Generale.

CAPO V – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

16. Criteri generali e struttura organizzativa

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, di autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità. Ciò si traduce nell'attribuzione e nella delega esplicita di responsabilità, nonché nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere coinvolti nella più efficace gestione aziendale e perseguire il raggiungimento degli stessi, tenuto conto delle risorse a disposizione.

L'Azienda disciplina con appositi atti e provvedimenti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità ai Dirigenti.

Il modello adottato dall'Azienda promuove un approccio olistico ai bisogni attraverso un'organizzazione adattabile ai problemi del cittadino in relazione all'intensità e complessità della domanda, in grado di accoglierlo in reti di sostegno coordinate, efficienti efficaci e solidali.

Per queste considerazioni l'Azienda desidera promuovere ed attuare un modello organizzativo flessibile, dinamico ed intersettoriale con un approccio che riduce la frammentazione e la dispersione di risorse attraverso la collocazione delle strutture organizzative in macro aree e la loro ricomposizione in Dipartimenti.

All'interno dell'organizzazione sono inoltre individuati gli *assets* dipartimentali che si connotano per avere una valenza trasversale a tutte le principali componenti aziendali e rappresentano nodi essenziali anche per il corretto supporto al funzionamento delle reti.

L'Azienda ritiene che per raggiungere risultati uniformi sia necessario intervenire e presidiare con particolare attenzione le aree di confine dell'organizzazione, favorendo la definizione di *standard* e procedure che permettano il recupero di efficienza/efficacia ed il coordinamento delle diverse componenti aziendali.

L'assetto organizzativo dell'Azienda è quello rappresentato con gli organigrammi e funzionigrammi approvati unitamente al presente Atto di Autonomia Aziendale, che rappresentano l'articolazione strutturale e funzionale dell'Azienda, le aree di competenza e i livelli di responsabilità.

L'organizzazione aziendale e la sua articolazione tengono conto, per quanto compatibili con il nuovo assetto normativo dell'A.T.S.L. delineato dalla Legge regionale istitutiva dell'Azienda:

a) delle direttive, linee ed indirizzi forniti a suo tempo dalla Giunta Regionale con D.G.R. Liguria n. 1380 del 28.12.2022, avente ad oggetto "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale", nonché delle "Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale", ivi allegate quale parte integrante e sostanziale della menzionata D.G.R.-

b) degli *standard* per l'individuazione di Strutture Complesse e Semplici, come definiti dal Comitato Permanente per la Verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, emanate dal Ministero della Salute con documento datato 26 marzo 2012.

17. I Distretti e le cure primarie

Ai sensi del Titolo III "Assetto Organizzativi" - Capo III –"Distretto sanitario" della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., il Distretto costituisce l'articolazione organizzativo – funzionale territoriale dell'Azienda che assicura la disponibilità e l'accesso coordinato ed integrato alle prestazioni ed ai servizi di tipo sanitario e sociale ad elevata integrazione sanitaria, con compiti di programmazione, organizzazione e coordinamento, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità di risorse, strumenti e competenze professionali a garanzia del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione Strategica.

Nello specifico, l'articolo 33[62] ("Distretto sociosanitario") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., individua il Distretto sociosanitario quale articolazione organizzativa dell'A.T.S. Liguria preposta alla gestione e al coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, il quale 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'Azienda, nonché la sede operativa deputata a

[62] [**Articolo 33 ("Distretto sociosanitario") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: *"**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"*].

promuovere l' integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali del territorio.

[Sito web Azienda Tutela della Salute Liguria: https://poliss.regione.liguria.it/cittadini]

In coerenza a quanto disposto dal P.N.R.R. e dal Decreto del Ministero 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", il Distretto assume un ruolo centrale nell'analisi e nella gestione della domanda, articolando le risposte sociosanitarie con



funzione di garanzia, di committenza e di erogazione.

Il Distretto, per la sua valenza strategica, afferisce ad un Dipartimento che racchiude al suo interno la dimensione dell'assistenza primaria, della riabilitazione, delle cure palliative, delle Case della Comunità e degli Ospedali della Comunità, sulla base di provvedimenti organizzativi adottati dall'Azienda in materia.

Il Distretto, nell'ambito delle funzioni proprie di committenza e di integrazione dei servizi socio-sanitari. costituisce luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, in stretta relazione con gli Enti Locali. E', inoltre, deputato, anche attraverso le Case Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento e ad essi sono ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili;

- erogazione dei servizi sanitari territoriali, come definito all'articolo 3-*quinquies*[63] ("Funzioni e risorse del distretto") del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- garanzia di accesso ai servizi equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale;
- lettura e stratificazione dei bisogni del territorio di competenza;
- produzione, ossia erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di competenza, in forma diretta o indiretta;
- azioni tese ad assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza e il monitoraggio continuo della qualità;
- presa in carico, a garanzia della continuità assistenziale e della *governance* dell'attività socio-sanitaria integrata nell'ambito dei progetti Individuali di Salute;
- controllo, consistente nella verifica di appropriatezza e monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali con M.M.G., P.L.S. e S.A.I. stipulati in merito alle prestazioni oggetto di committenza, in raccordo con le competenti funzioni amministrative aziendali;
- consolidamento della rete di supporto tra Azienda, Enti Locali e altri *stakeholders* presenti sul territorio;
- coordinamento con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta del territorio di pertinenza, anche attraverso il monitoraggio dei percorsi clinico-assistenziali e il controllo dell'appropriatezza prescrittiva;
- promozione della salute e attività di prevenzione, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;

[63] [**Articolo 3-*quinquies* ("Funzioni e risorse del distretto"), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: *"**1.** Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire: a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni. **2.** Il distretto garantisce: a) assistenza specialistica ambulatoriale; b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani; e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata; f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. **3.** Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona"*].

- cura della qualità relazionale con il cittadino, con la sua famiglia, con la comunità, con i vari portatori d'interesse locale, attraverso una continua attenzione agli aspetti di partecipazione, orientamento e informazione, in un'ottica di trasparenza e rispetto della dignità della persona.

Il modello organizzativo ligure aziendale attribuisce al Distretto responsabilità organizzative-gestionali, in condivisione con le altre Strutture aziendali competenti, funzioni ed attività in ordine ai seguenti ambiti:

- Ospedale di Comunità;
- Casa della Comunità;
- Centrale Operativa Territoriale;
- Cure primarie (M.M.G./P.L.S.) per l'applicazione di quanto previsto dagli accordi contrattuali, in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (P.S.S.I.R.);
- Continuità assistenziale
- Cure Domiciliari;
- Punto Unico di Accesso;
- Assistenza sociale afferente al Distretto;
- Servizi per l'assistenza infermieristica;
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Nell'ambito delle funzioni attribuite, il Distretto assicura agli Enti Locali il supporto tecnico nel processo d'individuazione dei bisogni sociosanitari e di conseguente selezione delle priorità d'intervento.

Il Distretto è, pertanto, garante dell'integrazione tra tutte le risorse presenti sul territorio e dell'orientamento delle stesse nella direzione della promozione della salute e, sul piano istituzionale, costituisce il punto privilegiato d'incontro e di sviluppo delle relazioni e delle collaborazioni tra Azienda, Comuni, Terzo Settore, volontariato, famiglie e pazienti.

Coerentemente con le risorse assegnate, assicura alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, di servizi di tipo sanitario e socio-sanitario a elevata integrazione.

Il Distretto mantiene il coordinamento tra l'Azienda e la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del territorio di pertinenza e assicura la funzione di raccordo tra le articolazioni territoriali, ospedaliere e prevenzione.

L'Azienda, nell'ottica di riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio comporta, necessariamente, opera ai fini della riqualificazione del Distretto Sanitario come luogo di organizzazione delle risposte territoriali sulla base della valutazione dei bisogni individuali e

collettivi, garantendogli una funzione di committenza chiara e valutabile, rafforzando la responsabilità sulle attività di integrazione sociosanitaria.

L'Azienda attua l'assistenza territoriale attraverso tutti i percorsi di facilitazione per l'accesso dell'utenza anche attraverso l'individuazione dei bisogni di salute prevalente nei singoli ambiti territoriali di garanzia, valutando la stima dei fattori di rischio individuali e collettivi della popolazione, al fine di esercitare il ruolo di governo della domanda e programmazione dell'offerta, valutando le priorità d'azione e la sostenibilità delle scelte, al fine di orientare i livelli di produzione di attività sanitaria fermo restando la verifica dei risultati, in termini quantitativi, qualitativi e di esiti di salute e la successiva riprogrammazione delle attività.

In tale ambito:

a) le Case della Comunità costituiscono il punto di riferimento per l'accesso alle cure primarie e alla specialistica ambulatoriale, il luogo in cui si concretizzano accoglienza, orientamento ai servizi, continuità dell'assistenza, rappresentando il contesto nel quale attuare, con il contributo della comunità, interventi di prevenzione e promozione della salute, attivare percorsi di cura multidisciplinari, garantire la presa in carico secondo il paradigma della medicina d'iniziativa. Le Case di Comunità hanno, inoltre, quali principali obiettivi la presa in carico della cronicità al fine di evitare la frammentazione delle cure, la riduzione degli accessi impropri nei Pronto Soccorso per i codici a bassa priorità, lo sviluppo della medicina d'iniziativa e di programmi di promozione della salute sul territorio;

b) gli Ospedali di Comunità sono deputati a svolgere una funzione intermedia tra domicilio e ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, stabilizzazione clinica di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Essi sono rivolti a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e breve durata (Decreto del Ministero 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");

c) le cure domiciliari come primo luogo di cura per i pazienti fragili e con patologie croniche rappresentano l'insieme delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate direttamente presso il domicilio delle persone, con l'obiettivo di favorire il recupero e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, in quanto destinate alle persone per le quali, a causa di limitazioni funzionali, è impossibilitato l'accesso ai servizi ambulatoriali, per le quali è previsa l'implementazione ed integrazione con le attività di altri specialisti, anche mediante il ricorso alla telemedicina;

d) le cure in *setting* di residenzialità e semiresidenzialità rappresentano il complesso integrato di interventi, procedure ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all'interno di idonei nuclei per lo specifico ambito assistenziale.

I Distretti, quindi, elaborano le strategie attuabili per favorire il domicilio come primo luogo di cura, potenziando il sistema dell'assistenza domiciliare e definendo interventi integrati in raccordo con le reti cliniche e la specialistica ambulatoriale, implementando il modello dell'infermieristica di famiglia e di comunità ed implementando e rendendo operativi i percorsi di cura integrati, anche con modalità da remoto.

È previsto in ogni Distretto un Coordinamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), forma organizzativa di base della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni in applicazione degli accordi contrattuali, degli A.I.R. e da accordi aziendali vigenti.

L'offerta specialistica, coerentemente al modello delle Case della Comunità quale punto di erogazione dei servizi sanitari di base più prossimo al cittadino, viene erogata attraverso:

- un'organizzazione sinergica con la rete dei presidi ospedalieri anche per le linee di attività delle discipline specialistiche che afferiscono all'area ospedaliera (dipendenza funzionale), al fine di assicurare una corretta e completa presa in carico dei pazienti, la garanzia di sicurezza e qualità dei percorsi clinico assistenziali, nonché un passaggio fluido, sicuro e coordinato del paziente tra le strutture di ricovero per acuti (ospedale) e le strutture o i servizi territoriali (e viceversa);
- un potenziamento delle attività di costante collegamento tra il Medico di Medicina Generale, quale primo gestore del Progetto individuale di salute, e gli altri soggetti coinvolti nell'assistenza della persona quale protagonista del suo percorso di cura;
- il coordinamento con le funzioni aziendali per la gestione e l'aggiornamento delle agende secondo principi uniformi e di trasparenza, nel rispetto delle linee d'indirizzo aziendali e regionali, effettuando azioni di monitoraggio continuo.

17.1 Il Direttore di Distretto

Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore Generale, secondo i requisiti previsti da normativa vigente, e garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle Strutture aziendali e, più in generale, con i Dirigenti delle articolazioni funzionali che operano in ambito territoriale.

Il Direttore di Distretto promuove lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e assistenziali che assicurino una efficace ed efficiente continuità ospedale-territorio e assicura l'interazione con il Dipartimento di Prevenzione, collaborando alla realizzazione delle iniziative previste nei programmi definiti dai piani aziendali.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- direzione del Distretto e conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati e assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di *budget* con la Direzione aziendale;
- gestione delle risorse umane e strumentali del Distretto;
- organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari propri del Distretto, unitamente all'adozione di tutti i provvedimenti che attengano, a qualunque titolo, all'organizzazione del servizio distrettuale, secondo gli ambiti di competenza;
- monitoraggio degli *standard* igienico - sanitari e di sicurezza degli ambienti, delle attrezzature e degli impianti nel rispetto dei requisiti previsti da normativa vigente, anche attraverso l'avvio delle procedure necessarie in caso di autorizzazione/accreditamento o in caso di cambi di destinazione d'uso dei locali e vigilando sul decoro delle strutture.

Ulteriormente a quanto sopra, il Direttore di Distretto:

- dirige la funzione di committenza ed elabora, per la parte di competenza ed in coerenza con gli orientamenti espressi dalla Direzione, il programma delle attività territoriali;
- propone soluzioni d'integrazione delle funzioni al fine di favorire l'accesso unificato alle prestazioni;
- garantisce, congiuntamente ai direttori dei Presidi Ospedalieri e dei Dipartimenti Sanitari, l'integrazione dei servizi e delle prestazioni rese dal Distretto con quelle erogate dai suddetti Presidi e Dipartimenti sanitari.

Tra le funzioni specifiche del Direttore del Distretto Sanitario è assegnata l'attivazione e la gestione dei programmi distrettuali per un proficuo coinvolgimento dei M.M.G., dei P.L.S. e altri convenzionati, dipendenti o afferenti ad altre tipologie contrattuali nella funzione assistenziale, organizzando risposte adeguate ai bisogni di salute, realizzando contestualmente l'appropriatezza delle cure e garantendo la continuità dell'assistenza.

Il Direttore di Distretto è membro effettivo del Collegio di Direzione aziendale.

All'incarico di Direttore di Distretto si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3-*sexies*[64] ("Direttore di distretto") del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., e all'articolo 34[65] ("Direttore di Distretto") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale".

18. Gli Ospedali e le Direzioni Mediche

L'Azienda adotta un'organizzazione ospedaliera rinnovata e sviluppata per processi e obiettivi assistenziali ricondotti ad aree omogenee di ricovero che permettano un'integrazione delle competenze e una migliore continuità assistenziale, strutturata in spazi progressivamente adeguati ad una maggiore flessibilità e implementazione di utilizzo.

---

[64] [**Articolo 3-*sexies* ("Direttore di distretto") del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.* ***2.*** *Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.* ***3.*** *L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.* ***4.*** *La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-quater, comma 3, e 3-quinquies, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni*"].

[65] **[Articolo 34 ("Direttore di Distretto"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *L' incarico di direttore di Distretto è attribuito dal direttore generale dell'ATS Liguria a un dirigente del Servizio Sanitario Nazionale, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.* ***2.*** *L' incarico è conferito dal direttore generale a seguito dell'espletamento di procedure comparative nel rispetto dei principi di trasparenza, selettività ed evidenza pubblica, in forza delle disposizioni recate da apposita direttiva vincolante da emanarsi dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della presente legge.* ***3.*** *L' incarico di direttore di Distretto è conferito in base all'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modificazioni e integrazioni. L' incarico può essere rinnovato. Il trattamento economico del direttore di Distretto è definito dalla direttiva vincolante di cui al comma 2. Per il periodo di durata del contratto i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio.* ***4.*** *Il direttore di Distretto realizza il programma di cui all'articolo 36 e gestisce le risorse assegnate al Distretto in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, l'integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e la continuità assistenziale. Il direttore del Distretto supporta la direzione di area nei rapporti con i Sindaci del Distretto.* ***5.*** *Il coordinamento e l'integrazione degli interventi sociosanitari di cui all'articolo 36 è assicurato dall'Unità Distrettuale composta dal direttore di Distretto e dal direttore sociale di cui alla L.R. n. 12/2006 e successive modificazioni ed integrazioni, nominato dal Comitato dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale.* ***6.*** *Per le attività sociosanitarie il direttore di Distretto e il direttore sociale si avvalgono di un Comitato distrettuale composto dai coordinatori di ambito territoriale sociale di cui alla L.R. n. 12/2006 e successive modificazioni ed integrazioni, dai responsabili delle strutture organizzative che operano nel Distretto sociosanitario, dai membri dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali previsto dall'articolo 3-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.* ***7.*** *Annualmente, il direttore di ASL e la Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale verificano i risultati e gli obiettivi d' integrazione sociosanitaria fissati, d' intesa, nel Piano sociosanitario del Distretto di cui all'articolo 26 della L.R. n. 12/2006 e successive modificazioni ed integrazioni*"].

L'offerta ospedaliera, mantenendo un contesto unitario, è finalizzata a garantire una buona efficienza produttiva in tutti gli ambiti aziendali, attraverso un'allocazione flessibile delle risorse (sale operatorie, posti letto, spazi ambulatoriali, risorse umane e tecnologie), al fine di consentire un pieno utilizzo di tutti fattori produttivi in una logica di rete *hub – spoke* che sia in grado di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie, sia acute che post-acute e riabilitative, sulla base della necessità espressa ma armonizzata con il contesto da un punto di vista tecnologico, organizzativo e clinico assistenziale.

La rete ospedaliera gestisce la produzione e l'erogazione delle prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno e le prestazioni ambulatoriali organizzate ed integrate con le altre attività di assistenza territoriale. Assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, al fine di assicurare, in fase successiva alla prima accettazione, ma anche in fase di dimissione, l'allocazione del paziente presso presidi e strutture territoriali che dispongono di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.

Le attività ambulatoriali e quelle programmate sono assicurate dalle SC e SSD delle diverse aree specialistiche mediante i servizi di prossimità e di équipe, a garanzia della presa in carico e dei follow up ambulatoriali, sia per la gestione della cronicità che di percorsi chirurgici di media e bassa intensità, che non richiedono tecnologie complesse.

In ogni caso il sistema di rete prevede un'organizzazione che, ad ogni livello organizzativo, integri, armonizzi e coordini le attività disciplinari tra i singoli Presidi, anche al fine di assicurare la flessibilità delle strutture ospedaliere per far fronte a picchi di domanda che impongono la trasformazione delle strutture da spazio fisico a unità funzionale da modulare sulla base delle necessità.

In tale quadro, il Presidio Ospedaliero è la struttura tecnico-funzionale dell'Azienda preposta all'erogazione delle prestazioni di emergenza-urgenza, ricovero, diagnosi e cura che per gravità, complessità ed intensità della risposta assistenziale non possono trovare risposte efficaci ed efficienti in altri ambiti assistenziali incluse le prestazioni ambulatoriali e specialistiche svolte anche all'esterno degli stabilimenti ospedalieri di riferimento.

Esso è costituito dal complesso unitario delle dotazioni strutturali, strumentali, organizzative e professionali per l'erogazione delle prestazioni erogate coordinate ed adeguate alla complessità delle stesse.

Il Presidio Ospedaliero persegue la globalità dell'approccio assistenziale nel rispetto del principio dell'unità della persona, attraverso la cooperazione con i servizi territoriali o con le altre istituzioni sanitarie e/o sociali di natura pubblica o privata, in un sistema che inserisce l'assistenza ospedaliera, erogata in regime di ricovero e ambulatoriale, all'interno di una attività coordinata e coerente.

In relazione alle finalità di cui all'articolo 37[66] ("Presidi e strutture ospedaliere") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", l'Azienda, nell'ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse disponibili, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità, garantisce l'erogazione delle prestazioni in fase di ricovero o nell'ambito dell'offerta sanitaria specialistica ambulatoriale anche mediante accorpamento di Presidi, ponendo in essere azioni ed iniziative atte a garantire la copertura dei servizi nell'ambito della dimensione territoriale aziendale nella sua integralità, in coerenza con la programmazione regionale sanitaria.

18.1 Il Direttore di Presidio ospedaliero

Al Direttore della Struttura competente in materia di Presidio ospedaliero dell'Azienda è assegnata la responsabilità complessiva della gestione del Presidio ospedaliero.

In particolare, il Direttore di Presidio ospedaliero:

- realizza l'integrazione organizzativa dei presidi in cui si articola la rete ospedaliera aziendale e garantisce la sua rispondenza ai piani operativi;
- cura l'accesso ai servizi, supporta i processi assistenziali, assicura l'efficace integrazione con i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale;
- è responsabile della custodia, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria dal momento del conferimento della stessa all'archivio ospedaliero; vigila sulla regolarità formale dei flussi documentali dai reparti all'archivio centrale, ferme restando le responsabilità dei Direttori di Struttura Complessa in ordine alla corretta compilazione, tenuta e custodia nei rispettivi reparti fino alla chiusura e consegna della stessa;
- assicura il supporto ai Direttori di Dipartimento nella programmazione e nella valutazione dell'efficacia dei risultati e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse assegnate;

[66] [**Articolo 37 ("Presidi e strutture ospedaliere"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Il Presidio ospedaliero è la struttura tecnico-funzionale dell'ATS Liguria che eroga prestazioni di ricovero, ambulatoriali e specialistiche anche all'esterno dello stabilimento ospedaliero.* ***2.*** *Il direttore generale dell'ATS Liguria provvede nell'atto di autonomia aziendale, in coerenza con gli atti di programmazione regionale, a costituire uno o più presidi ospedalieri anche a seguito dell'accorpamento organizzativo di più stabilimenti.* ***3.*** *L'accorpamento di più stabilimenti in unico Presidio è finalizzato a: a) favorire l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee-guida che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali; b) riorganizzare le attività ospedaliere e specialistiche in funzione delle modalità assistenziali, dell' intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero, anche al fine di superare l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.* ***4.*** *La direzione del presidio ospedaliero è disciplinata dall'articolo 4, comma 9, del D.Lgs. 502/1992*"].

- vigila sull'applicazione delle direttive aziendali in materia di gestione del rischio clinico e sovraintende alle attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero, in raccordo con le funzioni aziendali dedicate;
- assicura le attività di vigilanza e controllo sul mantenimento degli standard igienico-sanitari e di sicurezza degli ambienti, delle attrezzature e degli impianti, attivando tempestivamente le strutture tecnico-amministrative competenti per gli interventi di manutenzione e adeguamento;
- promuove e coordina l'avvio delle procedure necessarie in caso di autorizzazione/accreditamento di spazi da abilitare all'erogazione di attività sanitarie, collaborando con i servizi tecnici e amministrativi per le verifiche sui requisiti strutturali e i cambi di destinazione d'uso dei locali;
- vigila sul decoro delle strutture ospedaliere e sui servizi alberghieri ospedalieri segnalando tempestivamente ai referenti dei contratti d'appalto (D.E.C.) e alle strutture competenti le anomalie riscontrate, al fine di garantire standard igienico-sanitari adeguati e l'umanizzazione dei percorsi;
- supporta nella gestione dei posti letto attraverso l'articolazione del *bed management* e durante le fasi emergenziali, se necessario, attiva e gestisce l'unità di crisi;
- si attiva proattivamente in previsione delle "emergenze" stagionali (influenza e ondate di calore) attivando il sistema flessibile di riconversione dei posti letto, in accordo con la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento interessati;
- assicura il coordinamento dei percorsi organizzativi finalizzati alla gestione tempestiva e appropriata delle dimissioni complesse e vigila sulla corretta applicazione delle relative procedure aziendali;
- promuove e partecipa alle attività di audit e *feedback* in tema di *performance* ospedaliera e, in raccordo con la struttura aziendale di gestione del rischio clinico, partecipa agli audit per l'analisi di eventi avversi o contenziosi;
- contribuisce al governo delle liste d'attesa e vigila sulla corretta applicazione dei criteri aziendali di trasparenza ed equità nella programmazione delle attività, ferme restando le responsabilità dei Direttori di Struttura Complessa sulla gestione delle agende e dei tempi di attesa specifici;
- garantisce il regolare flusso dei dati e l'assolvimento dei debiti informativi di Presidio verso la Direzione Strategica e verso gli altri organi istituzionali competenti;
- assolve a qualsiasi altro incarico di governo della rete ospedaliera declinato in appositi atti, provvedimenti o regolamenti, ovvero documenti di programmazione/pianificazione, emanati dalla Direzione Strategica.

19. Programmazione rete integrata e percorsi clinici assistenziali

L'Ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso la definizione di Reti cliniche dell'A.T.S. Liguria, l'adozione di percorsi integrati di cura e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, in particolare per le patologie complesse ed a lungo termine, nonché la condivisione di protocolli concordati di dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta.

La rete territoriale è articolata al fine di poter garantire una propria offerta assistenziale e una tempestiva risposta alternativa e/o complementare all'ospedale per prestazioni di intensità e complessità clinico-assistenziale proprie dei *setting* territoriali, che verranno potenziate.

L'articolazione tra i due settori, ospedaliero e territoriale, non esprime la separazione tra momenti erogativi diversi a carico di attori differenti, ma determina una risposta univoca ai bisogni del paziente all'interno di un ambiente unitario di erogazione, una risposta gestita da un team multiprofessionale e multidisciplinare, secondo la logica del processo orizzontale che vede la realizzazione di percorsi personalizzati di cura della persona.

L'organizzazione aziendale prevede che ogni Dipartimento sanitario sia dotato di articolazioni o funzioni deputate alla gestione dei percorsi di integrazione ospedale-territorio, cui è affidato il governo della rete specialistica corrispondente, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

Il territorio, in particolare nella competenza dei Distretti, è garante affinché l'offerta sia proporzionata ai bisogni espressi dalla popolazione e siano messi in atto tutti i meccanismi per favorire la prossimità e la proattività degli interventi, considerando il domicilio come primo luogo di cura.

Il modello prevede una rete integrata della specialistica sviluppata secondo un sistema declinato in livelli di complessità diagnostica, terapeutica e assistenziale e di intensità di cura, dove il primo livello è rappresentato, in linea generale, dall'ambulatorio territoriale dotato di possibilità diagnostiche di base, e il secondo livello, dall'ambulatorio ospedaliero, dotato di maggiori potenzialità diagnostiche nonché della possibilità di attivare percorsi in day service e day hospital.

20. La gestione delle liste di attesa

L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) che devono essere garantiti in modo equo e trasparente all'utenza.

Per organizzare correttamente la lista d'attesa, la domanda di prestazioni sanitarie deve essere stratificata in classi con priorità d'accesso formalmente differenziate in funzione della gravità della patologia. Tale approfondita analisi secondo classi di priorità è fondamentale per poter garantire a tutti una prestazione adeguata, pur disponendo di una quantità di risorse che potrebbe essere insufficiente per erogarla subito a tutti. La possibilità di attribuire ai singoli utenti tempi di attesa diversi è quindi determinante per garantire l'efficacia del servizio.

Elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino l'appropriatezza: una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nell'ambito di una tempistica adeguata e secondo il regime organizzativo più opportuno. In questo contesto, i requisiti di appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi sanitari, assumono rilievo strategico e rappresentano, insieme, un obiettivo e uno strumento per offrire ai cittadini servizi sanitari efficaci e sostenibili.

Fornire una risposta ai bisogni di salute dei cittadini, nel rispetto, da un lato, dei principi fondanti il Servizio Sanitario Regionale e, dall'altro, della sostenibilità organizzativa ed economica, rappresenta allo stato attuale una sfida e, al tempo stesso, un obiettivo da perseguire attraverso il bilanciamento tra la domanda di salute dei cittadini e la capacità produttiva del sistema.

L'aumento della richiesta, nella logica di mercato della domanda/offerta, nel campo della sanità impone una gestione attenta ed oculata, oltre che appropriata, dal momento che l'offerta rimane vincolata dalla disponibilità di risorse e finanziamenti.

L'equilibrio tra la domanda e la capacità produttiva deve essere ricercato in maniera dinamica, attraverso un bilanciamento delle risorse in ogni fase del percorso di cura coordinando la programmazione affinché sia in grado di rispondere al modificarsi dei bisogni di salute dei cittadini e alle condizioni di contesto esterno che possono influire sull'erogazione dei servizi sanitari, attraverso soluzioni diversificate (ad es.: ambulatori a bassa intensità di cura, ambulatori infermieristici, potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari, attività di telemedicina, ecc.).

La gestione di un fenomeno altamente complesso per l'incontro domanda-offerta rende necessario intervenire con strumenti analitici secondo un rapporto di costo-beneficio e con la messa in campo di strumenti per l'ottimizzazione dell'efficacia operativa.

In considerazione degli ambiti maggiormente bisognevoli di essere attenzionati, l'Azienda attua iniziative di riorganizzazione finalizzate a garantire un percorso per *setting* assistenziali e complessità di cura efficiente per il paziente e l'organizzazione, che tenga conto del percorso del paziente e della complessità di cura, anche in considerazione delle peculiarità di ciascuna struttura.

Affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, sono previste in seno all'organizzazione aziendale strutture e funzioni specifiche per il presidio ed il governo del fenomeno, nonché la costituzione di gruppi di lavoro permanenti per il supporto alla Direzione Strategica nella definizione di linee d'indirizzo e di strategie utili alla programmazione e controllo delle liste d'attesa, anche attraverso la verifica dei volumi di produzione per le diverse unità eroganti, procedendo al costante monitoraggio delle attività al fine di individuare le azioni di miglioramento.

Per rendere gli interventi maggiormente incisivi, attraverso azioni unitarie e connotate da visione trasversale e sistemica, stante la complessità del fenomeno, l'Azienda istituisce gruppi di programmazione e gruppi operativi in specifici ambiti ritenuti di rilevanza per la gestione della problematica (ad esempio, in materia di programmazione di attività chirurgiche e percorsi di preospedalizzazione, di attività di specialistica ambulatoriale, di coordinamento e programmazione delle attività di sala operatoria, di appropriatezza prescrittiva, ecc.), ai quali potranno essere affiancati gruppi operativi o *task force* create *ad hoc* in particolari situazioni che richiedono interventi coordinati e tempestivi.

21. Governo dell'accesso alle prestazioni sanitarie, della presa in carico e della programmazione dell'offerta sanitaria

L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro tempi appropriati rappresenta una componente essenziale dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) e costituisce uno degli strumenti attraverso i quali l'Azienda garantisce equità di accesso, continuità assistenziale, appropriatezza clinica e sostenibilità del sistema sanitario.

Il governo dei tempi di accesso non coincide con la sola gestione delle liste di attesa, ma rappresenta parte integrante della programmazione sanitaria aziendale e si realizza attraverso l'integrazione tra analisi dei bisogni di salute, organizzazione dei percorsi assistenziali, programmazione dell'offerta, governo clinico e funzione di committenza.

L'Azienda orienta, pertanto, la propria organizzazione al governo dell'intera filiera assistenziale, promuovendo un modello centrato sulla presa in carico della persona e non solo sulla gestione della singola prestazione. Tale impostazione è coerente con il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (P.N.G.L.A.) e prevede la stratificazione del fabbisogno, il governo della domanda e il corretto dimensionamento dell'offerta in modo coerente con i percorsi e i *setting* appropriati.

La prestazione sanitaria rappresenta una fase del percorso di cura e non un evento autonomo; conseguentemente, il modello organizzativo aziendale favorisce, ove clinicamente appropriato, la programmazione degli accessi successivi direttamente all'interno del percorso assistenziale, affinché il cittadino possa concludere la visita specialistica con gli ulteriori appuntamenti già poscritti e programmati/prenotati, assicurando continuità assistenziale, appropriatezza e miglioramento della qualità organizzativa offerta al paziente.

Elemento imprescindibile del sistema è il perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa attraverso la corretta attribuzione delle priorità di accesso, la prescrizione appropriata delle prestazioni e l'adozione di modelli organizzativi che favoriscano la presa in carico e la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

I percorsi di tutela possono essere attivati in modo proattivo dal cittadino attraverso il contatto con il numero verde dell'area territoriale di competenza, dove la gestione del percorso viene effettuata in *backoffice* dagli operatori. Governo aziendale del sistema

Al fine di assicurare uniformità di indirizzo, omogeneità organizzativa e integrazione tra programmazione e gestione operativa, l'Azienda adotta un modello di governo unitario fondato sulla distinzione tra funzioni di indirizzo strategico, programmazione sanitaria e committenza, monitoraggio e gestione operativa.

La Direzione Aziendale esercita la regia complessiva del sistema attraverso le Strutture centrali competenti, alle quali sono attribuite le funzioni di indirizzo, definizione degli *standard* organizzativi, monitoraggio degli indicatori, analisi dei fabbisogni, programmazione dell'offerta sanitaria e governo della committenza.

Le strutture operative territoriali assicurano l'attuazione degli indirizzi aziendali mediante la gestione della capacità produttiva, delle agende, della presa in carico, dei percorsi di tutela, delle liste chirurgiche, delle attività di recupero, dei programmi di *screening* e del monitoraggio delle *performance* locali, garantendo il raccordo tra ospedale, territorio, Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.), Dipartimenti, Distretti ed erogatori pubblici e privati accreditati. La transizione fluida tra i diversi *setting* assistenziali è coordinata operativamente dalle Centrali Operative Territoriali (C.O.T.).

Il modello organizzativo si fonda su un sistema condiviso di obiettivi, indicatori, flussi informativi e responsabilità, finalizzato al miglioramento continuo della qualità, dell'efficienza e dell'equità di accesso ai servizi.

22. Analisi del fabbisogno, programmazione dell'offerta e committenza

La programmazione sanitaria aziendale è sviluppata sulla base della costante analisi del fabbisogno assistenziale della popolazione.

L'Azienda realizza sistemi di monitoraggio della domanda sanitaria, della capacità produttiva, dei tempi di accesso, dei volumi erogati, dei livelli di saturazione delle agende, delle liste chirurgiche, dei programmi di *screening*, dei percorsi assistenziali, degli esiti clinici e degli indicatori di appropriatezza, qualità ed efficienza. Tale monitoraggio si avvale di flussi informativi aziendali e regionali, atti a intercettare precocemente i disallineamenti tra domanda e offerta.

Le informazioni derivanti dal monitoraggio costituiscono il presupposto per la definizione dei fabbisogni assistenziali, la programmazione dei volumi produttivi, la rimodulazione dell'offerta sanitaria e l'esercizio della funzione di committenza nei confronti della rete erogativa pubblica e privata accreditata.

La funzione di committenza interessa l'intera filiera assistenziale e comprende la programmazione delle attività di specialistica ambulatoriale, della diagnostica, dei percorsi chirurgici programmati, dei programmi di screening, dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, della presa in carico specialistica e dei *follow-up*, perseguendo l'integrazione tra le diverse componenti della rete assistenziale e il progressivo riallineamento tra bisogni di salute, capacità produttiva e sostenibilità del sistema.

La programmazione è orientata a ricondurre ciascuna prestazione al corretto percorso assistenziale, favorendo l'appropriatezza organizzativa, la continuità delle cure e la presa in carico della persona lungo l'intera filiera assistenziale.

23. Appropriatezza prescrittiva e governo dei percorsi

L'appropriatezza prescrittiva costituisce uno degli strumenti fondamentali per garantire qualità dell'assistenza, equità di accesso e sostenibilità del Servizio Sanitario.

L'Azienda promuove la costruzione condivisa dei modelli organizzativi con i professionisti sanitari, strutturando tavoli di confronto permanenti con i Medici di Medicina Generale (M.M.G.) e i Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.), quali attori primari del governo della domanda sul territorio. Il confronto favorisce la definizione uniforme dei quesiti diagnostici, dei criteri prescrittivi, delle classi di priorità e dei percorsi assistenziali.

In tale ambito assume particolare rilievo lo sviluppo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (R.A.O.), quale strumento di supporto alla corretta attribuzione delle priorità cliniche, all'appropriatezza prescrittiva, alla standardizzazione dei quesiti diagnostici e all'omogeneità dei criteri di accesso alle prestazioni.

La partecipazione attiva dei professionisti ai processi di programmazione, monitoraggio, audit e miglioramento continuo costituisce elemento essenziale del modello organizzativo aziendale.

In questo contesto è importante la piena integrazione dei percorsi ospedalieri con quelli territoriali, realizzata anche attraverso le Case della Comunità, per garantire la transizione del *setting* assistenziale perseguendo sempre la migliore risposta clinica ed organizzativa da fornire al cittadino. La continuità informativa lungo l'intero percorso è presidiata mediante la valorizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'implementazione di piattaforme aziendali di Telemedicina e teleconsulto.

24. Le strutture aziendali e i livelli di responsabilità

L'individuazione delle strutture organizzative aziendali avviene sulla base del quadro complessivo risultante dalla convergenza di alcune variabili, quali: il posizionamento strategico o il grado di priorità d'azione che riveste l'ambito di applicazione prevalente delle competenze e delle risorse cui si intende dare strutturazione, la riconducibilità del sistema tecnico (competenze e conoscenze) a discipline definite, la rilevanza, l'intensità, la frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'Azienda, la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse da allocare, monitorare, organizzare e gestire, il livello di autonomia e responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione.

L'individuazione delle Strutture aziendali ed i livelli di responsabilità sono determinati, secondo le direttive, linee ed indirizzi definiti dalla D.G.R. Liguria n. 1380 del 28.12.2022, avente ad oggetto "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale", nonché delle "Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale", ivi allegate quale parte integrante e sostanziale della menzionata D.G.R., per quanto compatibili con il nuovo assetto normativo dell'A.T.S.L. delineato dalla Legge regionale istitutiva dell'Azienda.

Ferme restando le attribuzioni del Direttore dell'Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.), di cui all'articolo 24-*bis*[67] ("Direttore di ASL") e del Direttore dell'Area Liguria Salute, di cui

[67] [**Articolo 24-*bis* ("Direttore di ASL"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*

all'articolo 24-*ter*[68] ("Direttore dell'Area Liguria Salute") della Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", l'organizzazione dell'Azienda, conformemente all'articolo 32[69] ("Articolazione dell'ATS Liguria e relative funzioni") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", prevede l'articolazione in:

- Dipartimenti;
- Coordinamenti dipartimentale;
- Strutture Complesse;
- Strutture Semplici Dipartimentali (c.d. "a valenza dipartimentale");
- Strutture Semplici aggregate di Strutture Complesse;
- Incarichi dirigenziali professionali.

---

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"*].

[68] [**Articolo 24-*ter* ("Direttore dell'Area Liguria Salute"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** *"**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"*].

[69] [**Articolo 32 ("Articolazione dell'ATS Liguria e relative funzioni"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** *"**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"*].

Sono previsti in seno all'organizzazione aziendale i Coordinamenti dipartimentali, preposti al coordinamento di specifiche aree tematiche o ambiti di attività, secondo quanto previsto e disciplinato dal presente Atto di Autonomia aziendale.

Il modello prevalente adottato dall'Azienda è quello dei Dipartimenti, ossia aggregazioni verticali con efficiente/ottimale uso delle risorse messe in comune da Strutture organizzative omogenee, affini e/o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi.

L'organizzazione per dipartimenti ("verticali"), nel rispetto del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., è il modello organizzativo base per l'erogazione delle prestazioni, sanitarie e non sanitarie.

I Dipartimenti, a loro volta, nei quali opera anche il Coordinamento dipartimentale, si articolano in Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Complesse.

Le Strutture Complesse, a loro volta, possono avvalersi di Strutture Semplici a loro afferenti e, sulla base delle competenze e dell'*expertise*, di incarichi dirigenziali e del comparto utili al funzionamento del Dipartimento stesso in termini di efficienza e qualità.

Ogni struttura, a qualsiasi livello, è garante del rispetto degli impegni assunti con la Direzione Strategica dell'Azienda in materia di sicurezza, di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari erogati.

La Direzione Strategica potrà avvalersi di piattaforme dipartimentali o interdipartimentali (aree funzionali e gruppi di lavoro permanenti o temporanei) per coordinare e adeguare particolari linee di attività che necessitano di forti programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione o che rivestono carattere emergenziale.

L'Azienda adotta il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario, così come previsto dal Capo V ("Organizzazione dipartimentale") della Legge Regionale Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale". In particolare, l'adozione del modello dipartimentale risulta improntata e focalizzata:

- alla implementazione di un modello organizzativo per aree omogenee costituite in modo da favorire la necessaria multidisciplinarietà e la presa in carico multi-professionale;
- alle possibili evoluzioni delle singole strutture organizzative in relazione alla ridefinizione della rete di offerta specialistica per la riconversione dei presidi periferici e della rete della domanda assistenziale in rapporto ai nuovi bisogni;
- allo sviluppo del sistema della Qualità;

- a favorire le capacità di cooperazione e sostenere livelli di responsabilità diffusi, in modo da ottenere, pur valorizzando l'iniziativa e le professionalità individuali, il superamento dell'organizzazione verticale;
- a garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di comportamenti clinico-assistenziali e regole condivise.

25. Sistema delle deleghe e ambiti di autonomia decisionale

L'Istituto della delega di funzioni attua il principio della separazione tra gli atti di programmazione e controllo, di competenza manageriale, e i conseguenti provvedimenti gestionali di attuazione dei primi, di competenza dirigenziale.

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione degli "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario, secondo le funzioni attribuite alla loro competenza.

Nell'esercizio dei poteri che gli sono ascritti, il Direttore Generale può delegare ai Dirigenti (di norma ai Direttori Dipartimento e di Struttura Complessa) l'adozione dei conseguenti atti di gestione, ovvero funzioni di gestione operativa, mediante delega conferita con apposito atto/provvedimento.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità degli atti compiuti che sono soggetti allo stesso regime di controlli previsto dagli atti emanati dal titolare. Permane in capo al delegante il potere di annullamento o revoca dei provvedimenti illegittimi o inopportuni emanati dal delegato, così come la possibilità di avocazione e di sostituzione in caso di mancata adozione di atti o provvedimenti dovuti.

La Dirigenza, ordinata nella qualifica unica dirigenziale, è articolata secondo graduazione di responsabilità, in relazione all'incarico ricevuto. Le funzioni gestionali sono funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega e funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico.

I Dirigenti, nell'ambito della propria sfera di autonomia decisionale, gestionale e operativa, hanno il compito di attuare l'indirizzo politico, individuando la gestione più consona al raggiungimento degli obiettivi assegnati, utilizzando le risorse di cui sono dotati.

Ai Dirigenti, pertanto, spettano i compiti generali di direzione della Struttura ad essi assegnata, nonché la responsabilità dei processi di lavoro, dei procedimenti di afferenza, delle funzioni ed attività, nel quadro dei relativi ambiti di responsabilità, unitamente alla gestione del relativo personale e all'esercizio di specifica attività professionale, con conseguente assunzione di responsabilità.

26. Le Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L.)

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'Azienda Tutela della Salute Liguria è articolata in cinque Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L.).

Conformemente alle disposizioni dell'articolo 17-*ter*[70] ["Aree sociosanitarie locali (ASL)]" della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", le Aree costituiscono articolazioni organizzative dell'Azienda e sono dotate di autonomia gestionale e operativa, secondo gli indirizzi aziendali e sulla base degli obiettivi e delle risorse ad esse attribuiti. Esse hanno il compito di assicurare alla popolazione le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza 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.

Gli ambiti territoriali delle Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L.) sono cinque, corrispondenti ai territori già afferenti alle disciolte Aziende Sociosanitarie Liguri, così definite:

- A.S.L. 1: Area Sociosanitaria Locale 1;
- A.S.L. 2: Area Sociosanitaria Locale 2;
- A.S.L. 3: Area Sociosanitaria Locale 3;
- A.S.L. 4: Area Sociosanitaria Locale 4;
- A.S.L. 5: Area Sociosanitaria Locale 5.

Le Aree Sociosanitarie Locali svolgono, in particolare, le seguenti funzioni:

a) concorrono alla definizione degli obiettivi di salute da parte dell'Azienda Tutela della Salute 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'Azienda Tutela della Salute Liguria, le prestazioni e i servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria e, in particolare:

   I. prevenzione collettiva e sanità pubblica;

   II. assistenza distrettuale;

   III. assistenza ospedaliera;

[70] [Cit.]

IV. prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, di cui all'articolo 3-*septies* ("Integrazione sociosanitaria"), comma 4[71], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.;

V. 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 Area Sociosanitaria Locale;

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.

27.1 Il Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.)

Ai sensi dell'articolo 17-*ter*[72] ["Aree sociosanitarie locali (ASL)]" della Legge Regionale Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", i Direttori di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) sono nominati dal Direttore Generale dell'Azienda in conformità alle disposizioni normative e secondo le procedure ivi previste, e ad essi si applica l'articolo 24-*bis*[73] ("Direttore di ASL") della predetta L.R. Liguria n. 41/2006, e ss.mm.ii.-

Il Direttore di Area Sociosanitaria Locale 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;

---

[71] [**Articolo 3-*septies* ("Integrazione sociosanitaria"), comma 4, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: "***4.*** *Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative*"].

[72] [Cit.]

[73] [Cit.].

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, controllo, appropriatezza e qualità dei servizi nonché monitoraggio dei tempi di attesa.

Il Direttore di Area risponde direttamente al Direttore Generale dell'Azienda.

Il Direttore di Area concorre, congiuntamente ai Direttori di Dipartimento, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed esercita la responsabilità diretta sulle strutture afferenti all'Area di competenza.

Collabora con i Sindaci del territorio, mantenendo il presidio della relazione istituzionale locale.

I Direttori di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) sono individuati quali datori di lavoro per gli effetti di cui al D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii. ("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 e coordinano le proprie attività nell'ambito di una Conferenza permanente dei datori di lavoro, la cui composizione e funzioni sono disciplinate da apposito Regolamento che costituisce allegato del presente Atto di Autonomia aziendale.

I Direttori di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) 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 sindacale, quale organo di controllo interno, per gli adempimenti di competenza.

I Direttori di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) nominano, tra il personale dirigenziale afferente all'Area, un responsabile sanitario, uno amministrativo, uno logistico e uno sociosanitario, formulando in via preventiva le relative proposte nominative al Direttore Generale. Le nomine sono effettuate con atto del Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) proponente solamente all'esito del rilascio di formale assenso da parte del Direttore Generale. Le predette nomine decadono in ogni caso, con effetto immediato, qualora venga meno, a qualunque titolo, l'incarico del Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) che le ha disposte.

Con specifico provvedimento della Direzione Aziendale sono definite linee di indirizzo e criteri applicativi, con particolare riferimento alle modalità di individuazione, al ruolo atteso dall'organizzazione, alle funzioni, agli ambiti di responsabilità ed al riconoscimento del trattamento economico da corrispondere ai predetti responsabili sanitario, amministrativo, logistico e sociosanitario.

Il rapporto di lavoro del Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato ed il relativo incarico ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni.

L'incarico cessa in ogni caso non oltre sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo Direttore Generale dell'Azienda Tutela della Salute Liguria, salvo conferma o diverse determinazioni in merito.

Al Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3-*bis* ("(Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario"), comma 11[74], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.-

Il Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.) ha relazioni costanti con il Coordinatore dipartimentale, con il quale opera in stretta collaborazione e sinergia.

27. L'Area Liguria Salute

L'Area Liguria Salute costituisce l'articolazione organizzativa dell'A.T.S. Liguria deputata alla gestione delle attività aziendali centralizzate e delle funzioni di supporto tecnico-specialistico alla Regione Liguria e all'intero Servizio Sanitario Regionale, ai sensi della Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", come modificata ed integrata con L.R. Liguria 12 dicembre 2025, n. 18, recante "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)]", e successive modifiche di cui alla L.R. Liguria 25 giugno 2026, n. 7, recante "Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale)", nonché dei conseguenti atti organizzativi regionali.

Nell'ambito delle funzioni attribuite all'A.T.S. Liguria, l'Area assicura il coordinamento e la gestione unitaria delle attività amministrative, tecniche e specialistiche - per tutte le Aree Sociosanitarie - non direttamente connesse all'erogazione delle prestazioni assistenziali, garantendo l'omogeneità dei processi organizzativi.

[74] [**Articolo 3-*bis* ("(Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario"), comma 11, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: "***11.*** *La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato*"].

All'Area Liguria Salute sono assegnate, inoltre, attività svolte a vantaggio anche delle altre Aziende del S.S.R., in particolare per la gestione a livello comune del personale, della logistica e degli acquisti.

Contestualmente, l'Area Liguria Salute esercita le ulteriori funzioni di livello regionale attribuite dalla normativa e dagli atti di programmazione, operando quale braccio tecnico-operativo della Regione Liguria – Direzione Area Salute e Servizi Sociali. Tali funzioni sono finalizzate ad assicurare l'esercizio unitario, a livello regionale, delle attività che richiedono omogeneità di indirizzo, programmazione, coordinamento, monitoraggio, valutazione e supporto specialistico, superando la dimensione della singola Azienda sanitaria e garantendo un'applicazione uniforme delle politiche regionali.

Nell'ambito degli indirizzi definiti dalla Regione, l'Area Liguria Salute fornisce un supporto tecnico, metodologico e organizzativo alla programmazione, al monitoraggio e allo sviluppo del sistema sanitario e sociosanitario regionale, promuovendo l'integrazione tra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, la diffusione di modelli organizzativi omogenei, il miglioramento continuo della qualità dei servizi e l'innovazione organizzativa.

Le strutture di carattere sanitario afferenti all'Area Liguria Salute non svolgono attività assistenziali dirette, ma operano a supporto della Direzione regionale competente e delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale attraverso l'elaborazione di indirizzi tecnici, il coordinamento delle attività di interesse regionale, la valutazione dei risultati e la promozione dell'innovazione organizzativa e scientifica.

In tale contesto, l'Area Liguria Salute rappresenta il livello di raccordo tra la programmazione regionale e l'attuazione operativa delle politiche sanitarie, contribuendo a garantire uniformità, appropriatezza organizzativa, qualità e sicurezza delle cure, sostenibilità del sistema sanitario regionale e sviluppo di modelli organizzativi innovativi.

L'Area Liguria Salute, pertanto, è la sesta area dell'A.T.S.L. che - per le funzioni sovra-aziendali attribuite - opera in dipendenza funzionale dalla direzione regionale competente in materia di sanità. Collabora attivamente, attraverso il coordinamento di una Cabina di Regia, con le altre Aziende ospedaliere per gli ambiti trasversali secondo gli indirizzi operativi e gli obiettivi assegnati dalla Regione.

La normativa regionale e la regolamentazione attribuiscono in particolare le seguenti funzioni svolte per l'intero Servizio Sanitario Regionale, e precisamente:

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 S.S.R., nonché attività di *facility management*;

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

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

e) gestione delle attività di istruttoria tecnica ai fini dell'autorizzazione e accreditamento, previste dalla L.R. Liguria 11 maggio 2017, n. 9, e ss.mm.ii., recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private 7";

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* (H.T.A.), 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 Servizio Sanitario Regionale per l'acquisto di tecnologie sanitarie e servizi;

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

j) gestione amministrativa del Comitato Etico regionale, di cui alla Legge 11 gennaio 2018, n. 3, e ss.mm.ii. ("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[75] ("Comitato Etico regionale") della medesima L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale";

k) predisposizione di appositi accordi affinché nei locali di proprietà degli enti del Servizio Sanitario Regionale, 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 A.S.L. dove sono situati i locali di cui in precedenza;

l) predisposizione di appositi accordi non onerosi con l'Azienda Regionale Territoriale per l'Edilizia (A.R.T.E.) 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, organizzazione e sviluppo del sistema regionale integrato di emergenza-urgenza 112-118, ai sensi dell'articolo 17-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., e in attuazione del modello organizzativo approvato con D.G.R. Liguria 6 agosto 2025, n. 405, anche attraverso il Dipartimento Regionale Emergenza-Urgenza, operante in raccordo con la Direzione Sanitaria, assicurando:

   1) la gestione dell'emergenza-urgenza extraospedaliera mediante la Centrale Operativa Unica Regionale 118, integrata con la Centrale Unica di Risposta NUE 112 e con il Numero Europeo Armonizzato NEA 116117;
   2) la ricezione e la gestione delle richieste di soccorso sanitario, l'attribuzione dei codici di priorità, l'attivazione dei mezzi più idonei e il coordinamento delle risorse territoriali, comprese le ambulanze, le automediche, i mezzi di soccorso avanzato e il servizio di elisoccorso;
   3) il coordinamento delle Articolazioni Aziendali Territoriali, con particolare riferimento alla pianificazione e alla gestione delle attività di soccorso in situazioni ordinarie, nelle maxi-emergenze e in occasione di eventi programmati, nonché alla gestione logistica e funzionale delle risorse e dei mezzi di soccorso;
   4) la gestione dei trasporti sanitari in emergenza-urgenza, compreso il trasporto di organi e tessuti destinati ai trapianti;
   5) la gestione della Centrale Unica di Risposta NUE 112, quale primo livello di ricezione, localizzazione, classificazione e inoltro delle chiamate di emergenza alle

[75] [**Articolo 77 ("Comitato Etico regionale"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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 226.* ***2.*** *[abrogato]* ***3.*** *Il comitato etico si avvale di segreterie, amministrativa e tecnico-scientifica, con personale dedicato, in via esclusiva, a tali attività. 4. [abrogato]* ***5.*** *Nel rispetto dei criteri fissati dal Ministero della salute, la Giunta regionale disciplina la composizione, il funzionamento e l'organizzazione del comitato etico regionale 230.* ***6.*** *L'organizzazione e il funzionamento del comitato etico devono garantirne l'indipendenza*"].

amministrazioni competenti, garantendone la piena integrazione operativa con la Centrale Operativa Unica Regionale 118;

6) la gestione del Numero Europeo Armonizzato NEA 116117, quale punto unico di accesso ai servizi sanitari territoriali a bassa intensità e priorità di cura, assicurandone l'integrazione con le Centrali Operative Territoriali, le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e i servizi di Continuità Assistenziale;
7) l'uniformità dei protocolli operativi, dei comportamenti organizzativi e degli standard qualitativi del sistema regionale di emergenza-urgenza, nonché il monitoraggio delle attività e delle performance, la formazione del personale e lo sviluppo dei sistemi informativi, delle telecomunicazioni e delle soluzioni tecnologiche a supporto delle centrali operative;
8) l'integrazione funzionale tra l'assistenza extraospedaliera, la rete ospedaliera e i servizi territoriali, al fine di garantire tempestività, appropriatezza e continuità della presa in carico.

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

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

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

p-*bis*) ulteriori funzioni attribuite dalla Giunta Regionale [76], quali:

- programmazione e gestione dell'emergenza – urgenza;
- coordinamento e monitoraggio dei percorsi di cura, reti cliniche e della continuità assistenziale;
- coordinamento e monitoraggio dei requisiti di qualità nell'ambito dei L.E.A.;
- supporto alla gestione delle progettualità a valenza nazionale ed europea caratterizzate da prevalente componente sanitaria;
- progettazione e sviluppo operativo del sistema informativo sanitario e sociosanitario regionale in attuazione degli indirizzi programmatori regionali;
- gestione – per conto della Regione Liguria – dei sistemi e dei flussi informativi regionali e la rilevazione continua dei dati, anche in raccordo alle finalità perseguite dall'Autorità Giudiziaria e con riferimento, tra l'altro, al contrasto della violenza e al perseguimento dei reati;

[76] [**D.G.R. Liguria n. 247 del 02.07.2026**, ad oggetto "Provvedimenti ex art.17 quater, comma 2, lettera p bis) della l.r. 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", come da ultimo modificata con l.r. 25 giugno 2026, n. 7. Attribuzione di funzioni all'Area Liguria Salute di ATS Liguria"].

- valutazione tecnico-economica delle forniture della società *in house* Liguria Digitale;
- gestione del contratto CUP e relative fatturazioni;
- ufficio di statistica per la sanità, facente parte del Sistema Statistico Nazionale (SISTAN), ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 1989, n. 322, e ss.mm.ii. ("Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica, ai sensi dell'art. 24 della legge 23 agosto 1988, n. 400") e della L.R. Liguria 3 aprile 2008, n. 7, e ss.mm.ii. ("Norme sul sistema statistico regionale").

Le funzioni ascritte all'Area Liguria Salute sono definite dall'articolo 17-*quater*[77] ("Area Liguria Salute") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale".

L'Area Liguria Salute, altresì, opera quale soggetto avvalso del soggetto aggregatore di cui all'articolo 1 ("Oggetto e finalità"), comma 1[78], della L.R. Liguria 5 marzo 2021, n. 2, e ss.mm.ii. ("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") ed il rapporto di avvalimento è disciplinato da apposita convenzione, secondo quanto disposto dall'articolo 17-*quater*[79] ("Area Liguria Salute"), comma 2-*ter*, della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

28.1 Il Direttore dell'Area Liguria Salute

Il Direttore dell'Area Liguria Salute, al quale si applicano le disposizioni dell'articolo 24-*ter*[80] ("Direttore dell'Area Liguria Salute") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.,

---

[77] [Cit.].

[78] [**Articolo 1 ("Oggetto e finalità"), comma 1 , L.R. Liguria 5 marzo 2021, n. 2, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *La presente legge disciplina le funzioni della Regione quale centrale di committenza e soggetto aggregatore, ai sensi dell'articolo 37 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modificazioni e integrazioni, dell'articolo 37 della Direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici e che abroga la Direttiva 2004/18/UE, dell'articolo 1, commi 455, 456 e 457, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007)) e successive modificazioni e integrazioni e dell'articolo 9 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, nonché quale Stazione Unica Appaltante Regionale (SUAR), ai sensi dell'articolo 13 della legge 13 agosto 2010, n. 136 (Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia) e successive modificazioni e integrazioni e di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 giugno 2011 (Stazione Unica Appaltante, in attuazione dell'articolo 13 della legge 13 agosto 2010, n. 136 - Piano straordinario contro le mafie)*"].

[79] [Cit.]

[80] [**Articolo 24-*ter* ("Direttore dell'Area Liguria Salute"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***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*

recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda 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.

Il rapporto di lavoro del Direttore dell'Area Liguria Salute è esclusivo e regolato da un contratto di diritto privato ed il relativo incarico ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni.

Il Direttore dell'Area Liguria Salute è individuato quale datore di lavoro per gli effetti di cui al D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii. ("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, dispone delle competenze gestionali, tecniche e dei poteri decisionali e di spesa necessari all'esercizio delle relative funzioni.

L'incarico cessa in ogni caso non oltre sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo Direttore Generale dell'Azienda Tutela della Salute Liguria, salvo conferma o diverse determinazioni in merito.

Al Direttore dell'Area Liguria Salute si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3-*bis* ("(Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario"), comma 11[81], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.-

Ai sensi delle vigenti disposizioni dettate dalla Regione Liguria, il Direttore dell'Area Liguria Salute può nominare tra il personale dirigenziale afferente all'Area un responsabile sanitario e uno amministrativo, relativamente ai quali trovano applicazione le medesime

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*"].

[81] [Cit.].

disposizioni di cui al precedente cpv. "Il Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.)" del presente Atto di Autonomia aziendale, per quanto compatibili.[82]

28. I Dipartimenti

In coerenza con le disposizioni ordinamentali del Capo V – "Organizzazione dipartimentale" della Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", con particolare riferimento all'articolo 38[83] ("Dipartimenti") della stessa, i Dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda e aggregano Strutture preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi.

Il Dipartimento è costituito per favorire l'azione di integrazione di strutture omogenee, affini e complementari, ciascuna con propri obiettivi specifici, finalizzata ad offrire risposte integrate e multidisciplinari ai problemi clinici degli utenti, sulla base delle risorse disponibili, attraverso il miglior uso possibile delle stesse e l'efficienza delle soluzioni organizzative adottate.

Il Dipartimento è composto da Strutture Complesse, Semplici a valenza dipartimentale e Semplici aggregate, con esigenze organizzativamente omogenee e che richiedono un coordinamento univoco, allo scopo di perseguire comuni obiettivi e finalità. Le Strutture che afferiscono al Dipartimento sono, pertanto, unità operative i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono intatta la loro autonomia operativa. Fanno parte del Dipartimento, pur se gerarchicamente incardinati nelle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali alle quali afferiscono, le Strutture semplici e gli incarichi professionali.

Nel Dipartimento si attua la convergenza di competenze gestionali e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali, allo scopo di ottimizzare risorse ed attività.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e va inteso come centro di responsabilità, a tal fine ha autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite nell'ambito della programmazione aziendale, motivo per cui l'attività del Dipartimento è

[82] [D.G.R. Liguria n. 247 del 02.07.2026, ad oggetto "Provvedimenti ex art.17 quater, comma 2, lettera p bis) della l.r. 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", come da ultimo modificata con l.r. 25 giugno 2026, n. 7. Attribuzione di funzioni all'Area Liguria Salute di ATS Liguria"].

[83] [**Articolo 38 ("Dipartimenti"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.* ***2.*** *I Dipartimenti possono essere aziendali o interaziendali.* ***3.*** *Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di più unità operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.* ***4.*** *Le unità operative e le altre strutture organizzative che costituiscono i Dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico-legale*"].

soggetta ad un monitoraggio costante di tipo quali-quantitativo da parte della Direzione Strategica.

I Dipartimenti rappresentano, quindi, lo strumento prioritario per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, prioritariamente per la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate, per il raggiungimento dei quali individuano regole comuni per omogeneizzare ed armonizzare i comportamenti professionali, i processi produttivi e l'organizzazione che deve essere volta a dare risposte in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

La *mission* principale del Dipartimento, al pari di quella aziendale, rimane l'equità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio aziendale, garantendo in ogni caso le migliori cure possibili. Le risposte date agli assistiti devono essere unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive, rispetto ai compiti assegnati e nell'ottica di condivisione delle risorse, perseguendo l'integrazione con gli altri livelli assistenziali.

I Dipartimenti hanno la responsabilità di definire la programmazione clinica e organizzativa delle risorse umane e strumentali assegnate alle strutture del dipartimento per il raggiungimento degli obiettivi attribuiti. Operano in funzione della creazione di sinergie intra-dipartimentali per ottimizzarne l'impiego (efficienza clinica ed efficienza manageriale), anche adottando strategie di formazione, creando valore aggiunto nelle specifiche aree aggregate e potenziando le competenze degli operatori.

Conseguentemente, il Dipartimento è tenuto a realizzare:

- la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari, per consentire un'assistenza sanitaria completa e coordinata del malato;
- l'utilizzazione in base a schemi programmati di lavoro di attrezzature specialistiche, di impianti tecnologici e di servizi strumentali e generali delle Strutture che lo compongono, in modo da conseguire, unitamente all'efficienza tecnica, economie di gestione;
- l'aggiornamento e il perfezionamento degli operatori sanitari di ogni livello, ai fini di una assistenza sanitaria sempre più qualificata e paritaria per tutti i cittadini;
- il miglioramento delle tecniche sanitarie a livello interdisciplinare con il superamento delle disfunzioni che determinano tempi lunghi o inutili di degenza;
- i collegamenti tra le competenze ospedaliere e quelle di altre istituzioni e strutture sociosanitarie del territorio, per quanto attiene gli interventi di tipo preventivo, curativo e riabilitativo e all'educazione sanitaria;
- la corresponsabilizzazione funzionale dei professionisti delle diverse Strutture al fine di valorizzarne i contributi.

La disciplina dei Dipartimenti (funzionali e strutturali) è demandata a specifica regolamentazione aziendale in materia, adottata con provvedimento deliberativo del Direttore Generale.

29.1 Dipartimenti interaziendali

Ai sensi dell'articolo 40-*bis*[84] ("Dipartimento interaziendale") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., al fine di realizzare un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità organizzative appartenenti ad Aziende diverse, sono costituiti Dipartimenti interaziendali, ai sensi dell'articolo 38 ("Dipartimenti"), comma 2[85], della predetta Legge Regionale.

Il Dipartimento interaziendale provvede, in particolare:

a) al governo clinico perseguendo, in una logica di rete, il coordinamento delle attività e il miglioramento della qualità dei servizi erogati;

b) al coordinamento organizzativo dei servizi e delle attività al fine di gestire percorsi integrati di diagnosi e cura;

c) alla programmazione dell'attività di *équipe*;

d) alla costituzione di *équipe* itineranti;

e) alla valutazione delle *performance* qualitative e di efficienza;

f) alla condivisione di linee guida e protocolli e prassi operative;

g) all'*audit* clinico ed infermieristico;

h) alla formazione professionale del personale.

---

[84] [**Articolo 40-*bis* ("Dipartimento interaziendale"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Al fine di realizzare un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità organizzative appartenenti ad aziende diverse sono costituiti dipartimenti interaziendali ai sensi dell'articolo 38, comma 2.* ***2.*** *Il dipartimento interaziendale provvede, in particolare: a) al governo clinico perseguendo, in una logica di rete, il coordinamento delle attività e il miglioramento della qualità dei servizi erogati; b) al coordinamento organizzativo dei servizi e delle attività al fine di gestire percorsi integrati di diagnosi e cura; c) alla programmazione dell'attività di equipe; d) alla costituzione di equipe itineranti; e) alla valutazione delle performance qualitative e di efficienza; f) alla condivisione di linee guida e protocolli e prassi operative; g) all'audit clinico ed infermieristico; h) alla formazione professionale del personale.* ***3.*** *Le funzioni del dipartimento interaziendale di cui al presente articolo sono specificate nel regolamento di dipartimento approvato dalla direzione delle aziende interessate nel rispetto della presente legge e della L.R. n. 17/2016.* ***4.*** *Al dipartimento sono assegnati obiettivi annuali e risorse idonee per raggiungere i risultati programmati. Per ciascun anno è pubblicato un rendiconto dei costi sostenuti e dei ricavi, nonché delle attività svolte e del livello di raggiungimento degli obiettivi programmati assegnati.* ***5.*** *Il dipartimento interaziendale ha un direttore e un comitato di dipartimento e il personale afferente opera nell'ambito delle direttive del direttore del dipartimento.* ***6.*** *La Regione con un proprio atto individua i dipartimenti interaziendali da costituire*"].

[85] [**Articolo 38 ("Dipartimenti"), comma 2, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***2.*** *I Dipartimenti possono essere aziendali o interaziendali*"].

L'individuazione e la costituzione dei Dipartimenti interaziendali avvengono con atto delle Regione che ne individua l'ambito di afferenza, ovvero se gli stessi siano posti direttamente in *staff* alla Direzione Generale.

Il Dipartimento interaziendale ha un Direttore ed un Comitato di Dipartimento e il personale afferente opera nell'ambito degli indirizzi del Direttore del Dipartimento interaziendale. Il Direttore del Dipartimento interaziendale è nominato congiuntamente dai Direttori Generali delle Aziende interessate.

Il funzionamento del Dipartimento interaziendale è demandato ad apposito strumento convenzionale, adottato congiuntamente, di natura regolamentare.

29.2 Dipartimenti funzionali e Dipartimenti strutturali

Ai sensi dell'articolo 40[86] ("Dipartimenti funzionali e Dipartimenti strutturali") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale", l'organizzazione del Dipartimento Strutturale è caratterizzata da:

- attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del Direttore connessa con il loro utilizzo;
- attribuzione al Direttore di Dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
- condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;
- appartenenza delle strutture organizzative ad un unico Dipartimento.

Il Dipartimento Strutturale ha il compito, altresì, in collaborazione con tutte le altre articolazioni aziendali, di perseguire la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, lo sviluppo di comportamenti clinico assistenziali comuni, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico e l'adozione di linee guida.

Si definiscono Dipartimenti funzionali le aggregazioni di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali che, pur riportando gerarchicamente ai rispettivi Dipartimenti Strutturali, hanno l'obiettivo di armonizzare i trattamenti delle patologie specifiche pertinenti

[86] [**Articolo 40 ("Dipartimenti funzionali e Dipartimenti strutturali") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *I Dipartimenti possono essere funzionali o strutturali.* ***2.*** *I Dipartimenti funzionali possono comprendere anche strutture extraziendali.* ***3.*** *I Dipartimenti funzionali e strutturali sanitari, in collaborazione con i distretti sanitari per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l' integrazione delle attività amministrative.* ***4.*** *L'organizzazione dei Dipartimenti strutturali è caratterizzata, inoltre, da: a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore connessa con il loro utilizzo; b) attribuzione al direttore di Dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività; c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie; d) appartenenza delle strutture organizzative ad un unico Dipartimento*"].

coinvolgendo il maggior numero possibile di Strutture interessate, ferma restando l'appartenenza delle singole Strutture al rispettivo Dipartimento gestionale nel quale parteciperà alla negoziazione del budget.

Il Dipartimento funzionale è presieduto da un Direttore di Dipartimento che assume la responsabilità in ordine alla corretta attuazione della programmazione annuale e coordina tutte le Strutture, anche facenti parte di altro dipartimento, al fine di favorire la realizzazione di particolari obiettivi e il miglioramento delle prassi gestionali e amministrative, gestendo i processi trasversali volti ad ottimizzare qualitativamente e quantitativamente l'assistenza sanitaria e sociosanitaria in aree di attività omogenee rivolte al paziente al fine di contribuire allo sviluppo del governo clinico.

29.3 Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento è un Direttore di Struttura Complessa, scelto tra quelle aggregate nel dipartimento e viene nominato dal Direttore Generale, secondo quanto previsto da apposito regolamento aziendale e nel rispetto della normativa vigente. Ha il mandato di realizzare le attività e gli obiettivi assegnati in collaborazione con i Coordinatori quando presenti nel Dipartimento, nonché di garantire la programmazione delle risorse ottimizzandone l'impiego nel rispetto e a garanzia delle linee di attività delle singole Strutture. Il Direttore di Dipartimento concorre, congiuntamente ai Direttori di Area, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed esercita la responsabilità diretta sulle strutture afferenti al Dipartimento di competenza.

L'incarico, di natura eminentemente fiduciaria, prevede per il periodo dell'incarico il mantenimento in capo al Direttore di Dipartimento della titolarità della Struttura Complessa cui è preposto, e ad esso si applicano le disposizioni dell'articolo 17-*bis* ("Dipartimenti"), comma 2[87], del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., e dell'articolo 41[88] ("Direttore di

[87] [**Articolo 17-*bis* ("Dipartimenti"), comma 2, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.**: *"**2.** Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento"*].

[88] [**Articolo 41 ("Direttore di Dipartimento"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.** Il Direttore del Dipartimento, nominato dal Direttore generale sulla base della vigente normativa nazionale, deve essere un Dirigente con incarico di Direzione in una delle strutture complesse del Dipartimento. 1-bis. Il direttore di Dipartimento amministrativo o tecnico è nominato, con atto motivato, dal direttore generale dell'Azienda. **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. **1-quater.** Il direttore del Dipartimento di interesse regionale è nominato dalla Giunta regionale, su proposta dei direttori generali delle Aziende sanitarie ed Enti equiparati le cui strutture facciano parte del Dipartimento. **2.** L'incarico ha*

Dipartimento") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

L'incarico di Direttore di Dipartimento può essere ricoperto da soggetto diverso da coloro che ricoprono l'incarico di Coordinamento dipartimentale.

Il Direttore di Dipartimento risponde direttamente alla Direzione Aziendale ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi dipartimentali ed in relazione a tale ruolo:

- rafforza l'integrazione funzionale tra le Strutture di supporto alla Direzione Strategica;
- assicura una chiara definizione delle responsabilità organizzative;
- garantisce le funzioni di pianificazione, programmazione, controllo e sviluppo organizzativo;
- assicura l'attuazione degli indirizzi della Direzione Strategica nelle materie di competenza delle Strutture del Dipartimento;
- coordina la programmazione delle attività dipartimentali, monitorandone l'attuazione, verificando periodicamente i risultati conseguiti e promuovendo le necessarie azioni di miglioramento;
- coordina le progettualità trasversali di interesse dipartimentale, favorendone l'integrazione con gli obiettivi aziendali;
- promuove lo sviluppo professionale, la valorizzazione delle competenze e l'innovazione organizzativa nell'ambito delle funzioni dipartimentali;
- monitora le attività delle Strutture Complesse afferenti attraverso l'analisi degli indicatori di attività, qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, proponendo eventuali interventi di miglioramento.

Costituiscono, altresì, obiettivi del Direttore di Dipartimento, connaturati al ruolo:

- assicurare la massima collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda, nonché l'utilizzazione ottimale del personale, degli spazi e delle attrezzature, finalizzata ad una migliore gestione delle risorse a disposizione e ad una

durata triennale ed è rinnovabile secondo le modalità previste dal comma 1. Può essere revocato dal Direttore generale con provvedimento motivato ai sensi dell'articolo 15-ter, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992. ***3.*** *[abrogato].* ***4.*** *Il direttore del Dipartimento ha autonomia decisionale nell'ambito delle linee programmatiche fissate dal direttore generale, degli indirizzi del direttore dell'area e di quanto deliberato dal Comitato di Dipartimento ed, in particolare: a) assicura il funzionamento del Dipartimento; b) promuove le verifiche di audit clinico e di qualità; c) verifica la conformità delle attività dipartimentali agli indirizzi approvati dal Comitato di Dipartimento; d) rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la direzione generale aziendale e con la direzione di area.* ***5.*** *Il direttore di Dipartimento strutturale provvede, altresì, a: a) negoziare con la direzione di area obiettivi e risorse; b) gestire le risorse direttamente attribuite al Dipartimento; c) definire, sentito il Comitato del Dipartimento, il piano delle attività, i programmi e le risorse da attribuire alle strutture organizzative del Dipartimento; d) monitorare e verificare, congiuntamente al Comitato, l'attività di gestione del Dipartimento*"].

razionalizzazione dei costi, anche mediante l'eliminazione di ogni eventuale duplicazione;

- programmare e sviluppare le attività di formazione e aggiornamento;
- garantire la continuità delle cure e promuovere l'adozione di modalità di lavoro basate sulla misurazione e valutazione degli *outcome*, anche attraverso l'utilizzo di un sistema aziendale integrato di monitoraggio;
- realizzare economie di scala, nel rispetto dei vincoli di bilancio aziendale, nonché degli obiettivi negoziati, responsabilizzando gli attori professionali nella razionalizzazione della spesa e nella ricerca delle soluzioni organizzative interne più economiche e funzionali;
- favorire l'uso appropriato e condiviso delle tecnologie attraverso l'adozione di modalità organizzative e programmatorie comuni;
- supportare la Direzione Aziendale nell'attuazione di specifici progetti ed indirizzi dalla stessa individuati.

L'Azienda adotta specifica regolamentazione aziendale in materia dipartimentale.

29.4 Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è l'organismo collegiale di supporto al Direttore di Dipartimento nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento e governo delle attività dipartimentali. Costituisce la sede di confronto tra le diverse componenti professionali e organizzative del Dipartimento, favorendo l'integrazione multidisciplinare, la condivisione degli obiettivi e l'attuazione degli indirizzi strategici aziendali.

Il Comitato, in particolare:

- contribuisce alla definizione degli obiettivi strategici e operativi del Dipartimento;
- propone alla Direzione Aziendale l'afferenza funzionale di Strutture non appartenenti al Dipartimento Medico e delle Specialità Mediche, al fine di garantire omogeneità organizzativa, integrazione dei percorsi assistenziali e una presa in carico del paziente continua, appropriata e multidisciplinare.

È demandato ad apposito regolamento aziendale la disciplina della composizione e del funzionamento del Comitato di Dipartimento, nel quale si realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali che perseguono obiettivi e finalità comuni, in una logica d'integrazione e sviluppo, per la trattazione di argomenti o tematiche organizzative di interesse trasversale e definire i percorsi di cura del paziente.

Al Comitato di Dipartimento si applicano le disposizioni di cui all'articolo 42[89] ("Comitato di Dipartimento") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

29. Il Coordinamento dipartimentale

Sono previsti in seno all'organizzazione aziendale coordinamenti dipartimentali quali strumenti permanenti di integrazione professionale, clinica e organizzativa, tecnico-professionali, finalizzati al governo dei principali modelli assistenziali e dei percorsi clinico-specialistici trasversali, ovvero di altri processi di lavoro di natura tecnico-professionale.

I Coordinamenti clinico-organizzativi costituiscono il braccio operativo del Dipartimento e lo strumento attraverso il quale gli indirizzi dipartimentali vengono tradotti in percorsi, standard organizzativi e azioni operative omogenee nelle diverse Aree Sociosanitarie. Operano trasversalmente rispetto alle singole Strutture e alle Aree territoriali, senza sostituirsi alle responsabilità gestionali dei Direttori di Area e dei Direttori delle Strutture Organizzative.

Il Coordinamento rappresenta pertanto il punto di connessione operativo tra Dipartimento, Aree Sociosanitarie, Strutture Organizzative e reti territoriali, consentendo di coniugare l'unitarietà del governo clinico aziendale con le specificità organizzative dei singoli territori.

Vengono istituiti nell'ambito di un Dipartimento uno o più Coordinamenti Dipartimentali quando ricorrono almeno due delle seguenti condizioni:

a) eterogeneità organizzativa: il Dipartimento raggruppa più tipologie di strutture distribuite in modo non omogeneo sulle 5 Aree Sociosanitarie
b) presenza di una rete clinica strutturata secondo il modello Hub & Spoke, con necessità di uniformare criteri di accesso, invio e centralizzazione dei casi complessi
c) rischio di variabilità clinico-organizzativa tra le Aree (PDTA, criteri di appropriatezza, tempi di accesso) non presidiabile capillarmente dal solo Direttore di Dipartimento
d) massa critica professionale e assistenziale tale da giustificare un livello di governo intermedio dedicato.

Il Coordinatore Dipartimentale di area opera in *line* al Direttore di Dipartimento, con competenza trasversale sulle strutture afferenti al coordinamento. Garantisce, per l'ambito di

[89] [**Articolo 42 ("Comitato di Dipartimento") della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***1.*** *Il Comitato di Dipartimento, composto dai responsabili delle strutture organizzative, assicura la programmazione, l'organizzazione delle attività e le funzioni di coordinamento del Dipartimento. a) Il Comitato provvede in particolare a: b) definire i percorsi di cura del paziente; c) adottare linee-guida, protocolli terapeutici e operativi; d) programmare l'utilizzo delle attrezzature, dei presidi e delle risorse; e) stabilire modelli e criteri per la verifica e la valutazione di audit clinico e di qualità; f) [abrogato]; g) eleggere il direttore di dipartimento.* ***2.*** *Il Comitato di Dipartimento definisce le proprie modalità di funzionamento in un apposito regolamento adottato sulla base di uno schema aziendale*"].

competenza, l'omogeneità dei modelli assistenziali, l'appropriatezza clinico-organizzativa e la continuità dei percorsi su tutto il territorio dell'azienda unica regionale. Il Coordinatore dipartimentale assicura l'omogeneità organizzativa, la multidisciplinarietà, ovvero l'appropriatezza clinica, la sicurezza delle cure, l'integrazione tra le diverse discipline, nonché la corretta programmazione delle risorse.

L'incarico viene conferito dal Direttore Generale su proposta del Direttore di Dipartimento, di norma tra i Direttori/Responsabili delle Strutture afferenti, qualora questi ultimi siano titolari di incarico di natura gestionale anche temporaneo o di natura sostitutiva, con una durata correlata al mandato del Direttore di Dipartimento.

È prevista una valutazione periodica sugli obiettivi di omogeneità e integrazione (grado di omogeneità raggiunto tra le Aree, adesione ai PDTA, esiti clinici, indicatori di sicurezza, capacità di integrazione dimostrata).

I requisiti professionali del Coordinatore prevedono una comprovata esperienza clinico-organizzativa nell'ambito di riferimento, competenze di governo clinico e PDTA, capacità di lavoro in rete tra Aree diverse, attitudine a strumenti di programmazione e monitoraggio.

Per quanto riguarda gli ambiti di responsabilità, si identificano:

a) governo clinico-organizzativo: indirizzi comuni, PDTA condivisi, appropriatezza dei *setting;*
b) integrazione professionale e di rete: superamento della frammentazione tra Aree, raccordo con altri Dipartimenti/Distretti/COT, modelli Hub & Spoke;
c) programmazione e monitoraggio: concorso alla programmazione di *budget*, indicatori di attività/qualità/esito, audit e cicli PDCA;
d) sicurezza delle cure: cultura della segnalazione, collaborazione con il rischio clinico, aderenza a linee guida;
e) innovazione e formazione: telemedicina, fabbisogni formativi, partecipazione a ricerca clinica.

Al Coordinamento dipartimentale si applicano, se ed in quanto compatibili, le disposizioni di legge e di contratto afferenti alle aggregazioni di strutture comunque denominate.

30. Le Strutture Complesse

La Struttura Complessa (S.C.) è la componente organizzativa del Dipartimento che svolge una funzione, o un complesso di funzioni omogenee o affini, nell'ambito delle attività

dipartimentali, e costituiscono articolazioni organizzative finalizzate all'erogazione di prestazioni, attività e servizi caratterizzati da una omogeneità specialistica o professionale, per cui posseggono requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza che necessitano di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

Assicurano funzioni di produzione di prestazioni o di servizi che fanno riferimento ad un sistema di conoscenze e competenze normalmente riconducibili a discipline normativamente riconosciute e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo.

Esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla direzione aziendale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Azienda.

La Struttura Complessa dispone di proprie risorse umane, tecniche e finanziarie specificatamente assegnate, fatte salve le risorse assegnate a livello dipartimentale, ed è caratterizzata, dal punto di vista specialistico, da elevata integrazione delle risorse umane, strutturali, tecnologiche ed economiche.

Esse, pertanto:

- esercitano funzioni ed organizzano settori di attività o ambiti individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale;
- risultano economicamente rilevanti in relazione alle risorse da allocare;
- governano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione e di natura trasversale rispetto a Strutture diverse dell'Azienda.

Ogni Struttura Complessa è dotata di autonomia organizzativa, tecnico-operativa e gestionale-finanziaria nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dalla Direzione Strategica e dal Direttore del Dipartimento e viene diretta da un Dirigente nominato in conformità alle procedure stabilite dalla vigente normativa e dalla contrattazione nazionale per l'area negoziale di riferimento.

Il Direttore della Struttura Complessa è responsabile della gestione complessiva della struttura affidata, con autonomia professionale, organizzativa e gestionale, nel rispetto degli indirizzi del Direttore di Area Sociosanitaria Locale (A.S.L.), ai sensi dell'articolo 24-*bis* ("Direttore di ASL) della Legge Regione Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", cui compete la gestione operativa dei servizi sanitari e sociosanitari dell'Area e l'assegnazione degli obiettivi e delle risorse

Il Direttore della Struttura Complessa risponde funzionalmente al Coordinatore dipartimentale per quanto attiene all'attuazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (P.D.T.A.), all'omogeneizzazione dei modelli organizzativi, alla definizione di protocolli condivisi, al governo clinico e al perseguimento degli obiettivi del Dipartimento.

Le caratteristiche principali della Struttura Complessa sono contenute nel profilo oggettivo e sono improntate ai principi di flessibilità organizzativa e di autonomia coerente con la *mission* aziendale.

31. Le Strutture Semplici a valenza dipartimentale

Le Strutture Semplici Dipartimentali (anche dette "a valenza dipartimentale") sono Strutture che, pur non possedendo le medesime caratteristiche di complessità e di rilevanza di una Struttura Complessa, posseggono autonomia gestionale ed organizzativa e afferiscono al Dipartimento in ragione del carattere trasversale e strumentale rispetto alle attività delle altre strutture afferenti al medesimo Dipartimento.

32. Le Strutture Semplici

Sono definite Strutture Semplici aggregate alle Strutture Complesse le articolazioni organizzative interne delle Strutture Complesse aventi finalità gestionali di competenze specifiche, che prevedono comunque una responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e/o finanziarie necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Conformemente alle disposizioni della contrattazione nazionale vigente, assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile nell'ambito di quella della Struttura Complessa di riferimento e sono contrassegnate da una struttura di produzione con significativo valore economico, in termini sia di tecnologie che di risorse utilizzate.

In generale, sono semplici le strutture organizzative che:

- assicurano attività riconducibili a funzioni, processi o servizi chiaramente individuabili nell'ambito delle competenze della Struttura Complessa di riferimento;
- sono caratterizzate da una significativa rilevanza organizzativa, gestionale, professionale o tecnico-specialistica, anche in relazione alla complessità dei processi presidiati, alle tecnologie utilizzate e alle risorse umane assegnate.

33. Conferimento degli incarichi gestionali e professionali

Il conferimento degli incarichi in ambito aziendale tiene conto delle disposizioni di cui all'articolo 15-*bis*[90] ("Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura") e 15-*ter*[91] ("Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura") del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché dell'articolo 26[92] ("Norme per la dirigenza del Servizio sanitario nazionale") del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii., recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

---

[90] [**Articolo 15-*bis* ("Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura"), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.* ***2.*** *La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies [……]"*].

[91] [**Articolo 15-*ter* ("Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura"), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993D.Lgs. 03/02/1993, n. 29, 19. - Incarichi di funzioni dirigenziali. e successive modificazioni. Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.* ***2.*** *Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve.* ***3.*** *Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo.* ***4.*** *I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.* ***5.*** *Il dirigente preposto ad una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, primo comma, del codice civile"*].

[92] [**Articolo 26 ("Norme per la dirigenza del Servizio sanitario nazionale"), D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Alla qualifica di dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo del Servizio sanitario nazionale si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, al quale sono ammessi candidati in possesso del relativo diploma di laurea, con cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in enti del Servizio sanitario nazionale nella posizione funzionale di settimo e ottavo livello, ovvero in qualifiche funzionali di settimo, ottavo e nono livello di altre pubbliche amministrazioni. Relativamente al personale del ruolo tecnico e professionale, l'ammissione è altresì consentita ai candidati in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero-professionale o di attività coordinata e continuata presso enti o pubbliche amministrazioni, ovvero di attività documentate presso studi professionali privati, società o istituti di ricerca, aventi contenuto analogo a quello previsto per corrispondenti profili del ruolo medesimo.* ***2.*** *Nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali, determinati in relazione alla struttura organizzativa derivante dalle leggi regionali di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si deve tenere conto della posizione funzionale posseduta dal relativo personale all'atto dell'inquadramento nella qualifica di dirigente. E' assicurata la corrispondenza di funzioni, a parità di struttura organizzativa, dei dirigenti di più elevato livello dei ruoli di cui al comma 1 con i dirigenti di secondo livello del ruolo sanitario [……]"*].

Il conferimento degli incarichi di tipo gestionale o di tipo professionale avviene, altresì, nel rispetto delle restanti disposizioni di legge nazionale in materia, ove applicabili, e sulla base delle disposizioni pattizie contenute nella contrattazione collettiva nazionale per le diverse aree negoziali di riferimento.

L'Azienda adotta specifici regolamenti aziendali in materia di conferimento di incarichi mediante provvedimenti deliberativi del Direttore Generale.

34. Gli incarichi dirigenziali professionali

Gli incarichi professionali, sia per la Dirigenza che per il Comparto, rappresentano uno strumento volto a potenziare, nel sistema di classificazione del personale, un modello organizzativo aziendale che identifichi le responsabilità in modo diffuso e capillare, al fine di coinvolgere nel processo decisionale più figure che siano portatrici di valori e competenze.

Tale meccanismo è teso alla valorizzazione del merito e all'obiettivo del conseguimento dei risultati.

Tutti gli incarichi sono conformi all'organizzazione aziendale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi dell'Azienda.

35. Gli incarichi del personale del Comparto

Al personale del Comparto sono conferiti gli incarichi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale per l'area negoziale di riferimento, tesi a far emergere livelli di responsabilità intermedi nell'organizzazione aziendale, al fine di supportare l'azione della Dirigenza aziendale.

L'Azienda prevede l'istituzione o la conferma di incarichi che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità, in coerenza con le proprie necessità strategiche ed organizzativo-gestionali, al fine di assicurare il presidio di rilevanti funzioni da parte del c.d. *middle management*, coerenti con la *mission* aziendale tesa alla produzione di salute.

Gli incarichi del personale del Comparto sono contraddistinti da autorevolezza ed autonomia effettiva, sia per poter governare processi talora complessi, sia per assumere, se del caso, le decisioni operative più adeguate in relazione al contesto di appartenenza, manifestando adeguata capacità di assumere responsabilità di gestione di un sistema di risorse e di processi lavorativi articolato, al fine di conseguire i risultati di Struttura.

Gli incarichi comportano l'attribuzione di una posizione di responsabilità senza mutamento di posizione funzionale, con correlato riconoscimento del beneficio economico

previsto dalla norma contrattuale, collegandosi ad una funzione *ad tempus* di responsabilità che viene meno al cessare dell'incarico.

La puntuale disciplina del conferimento degli incarichi al personale del Comparto è demandata a specifica regolamentazione aziendale in materia.

CAPO VI – SISTEMI E STRUMENTI DI GESTIONE

37. La pianificazione strategica

Il Direttore Generale, con il supporto del Collegio di Direzione, nel rispetto di principi e obiettivi del Piano sociosanitario regionale, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e sociosanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda ("pianificazione partecipata").

Il processo di pianificazione è attuato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale e in stretta connessione con gli altri strumenti di pianificazione locale.

38. Il *budget*

Il *budget* rappresenta lo strumento privilegiato di guida dei comportamenti aziendali. Attraverso l'esplicitazione e la negoziazione a tutti i livelli aziendali degli obiettivi e delle risorse necessarie a conseguirli l'Azienda:

- coordina il complesso insieme dei propri processi operativi;
- responsabilizza i dirigenti e acquisisce elementi utili alla formulazione di giudizi circa l'attitudine ad assumere responsabilità gestionali;
- garantisce le condizioni per una piena realizzazione dell'autonomia professionale e manageriale.

In base all'articolazione definita dalla L.R. della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., la Direzione Strategica sovrintende complessivamente alla gestione del *budget* assegnato all'Azienda dalla Regione.

I Direttori delle Aree Sociosanitarie Locali (A.S.L.) e i Direttori di Dipartimento, secondo gli indirizzi aziendali, governano congiuntamente "a cascata" il *budget* delle rispettive Aree e dei rispettivi Dipartimenti e gestiscono i conseguenti processi di *budget*, secondo un percorso organico ed omogeneo, relazionando alla Direzione Aziendale sugli andamenti e sugli eventuali scostamenti.

Procedure e modalità operative per il processo di *budget* sono definite dall'Azienda con appositi atti. Il processo di *budgeting* (ispirato ai principi di trasparenza, verificabilità e partecipazione) si colloca nell'alveo degli strumenti di programmazione delle attività nel breve periodo ed è l'insieme delle risorse umane e strumentali attribuite a ciascun centro di responsabilità (centro di negoziazione) per il conseguimento degli obiettivi istituzionali.

Il processo ha il compito di fornire dal punto di vista generale una guida ed un orientamento ai Direttori di struttura (programmazione), responsabilizzare il ruolo degli operatori (partecipazione) e consentire la crescita professionale di tutto il personale (sviluppo) ed è lo strumento che l'Azienda utilizza per il governo periodico preventivo sulla fattibilità delle ipotesi di gestione, l'attribuzione di obiettivi e la verifica dei risultati, la motivazione-responsabilizzazione e l'incentivazione del personale.

Il processo di *budgeting* considera l'equilibrio economico-finanziario e complessivo dell'Azienda come il risultato di un'azione coordinata delle diverse componenti dell'organizzazione verso una attività di miglioramento continuo e prende avvio dalla definizione delle linee guida aziendali che forniscono gli elementi in merito alla tempistica e all'integrazione dei soggetti coinvolti, nonché la definizione delle macro-aree di intervento e degli obiettivi generali, allo scopo di supportare i diversi soggetti coinvolti nelle analisi in merito alle dinamiche economiche, organizzative e produttive che riguardano le singole strutture.

Il percorso di programmazione delinea le attività da svolgere, chiarisce i processi tra di loro necessariamente coordinati e definisce il ruolo che sono chiamati a svolgere i titolari dei *budget*. Attraverso una negoziazione organizzata viene definita la scheda *budget* come strumento operativo di supporto, nella quale sono esplicitati le risorse e gli obiettivi che si intendono perseguire.

Attraverso la sua costruzione vengono evidenziati, per singolo centro di responsabilità, i livelli assistenziali/prestazionali, le modalità generali di carattere organizzativo-gestionale con le quali si intendono ottenere i risultati assistenziali/ prestazionali, la tipologia e le quantità di risorse necessarie con relativa valorizzazione (costi) ed i livelli di soddisfazione degli utenti e degli operatori.

La scheda di *budget* è, pertanto, il documento che contiene obiettivi concordati con le strutture, misurabili e realizzabili da conseguire attraverso risorse chiaramente identificate ed assegnate e la predefinizione di un intervallo di tempo in cui raggiungerli.

Gli strumenti del sistema di misurazione e valutazione sono i monitoraggi ed i *report* periodici, mentre le *performance* finali annuali rappresentano il grado di raggiungimento degli obiettivi dei diversi centri, dopo la validazione a cura del Nucleo di Valutazione, e determinano anche il livello di retribuzione di risultato da attribuire ai dipendenti.

Il processo di *budgeting* è definito in apposita regolamentazione aziendale.

39. La gestione e la valutazione delle responsabilità

L'Azienda adotta il metodo della pianificazione e controllo per obiettivi.

Il processo di controllo gestionale è finalizzato a migliorare i risultati aziendali, verificando gli scostamenti in rapporto agli obiettivi assegnati e permettendo di individuare e produrre le azioni di revisione operativa o strategica.

Il sistema di valutazione dell'attività e del potenziale delle risorse umane rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo di ogni singolo operatore nell'ambito dei propri obiettivi organizzativi.

Il procedimento per la valutazione è coordinato e definito annualmente, anche tramite l'accordo con le Rappresentanze Sindacali.

40. Sistemi di valutazione

L'attività di valutazione è parte integrante e irrinunciabile della gestione di competenza di ciascuna articolazione organizzativa aziendale, la quale, se titolare di un proprio *budget* di risorse, è responsabile del coordinamento, organizzazione e gestione delle risorse umane e strumentali assegnate, allo scopo di perseguire, in modo efficiente ed efficace, gli obiettivi quantitativi e qualitativi negoziati.

Ogni operatore sarà valutato in relazione al ruolo specifico, implicitamente o esplicitamente definito, esercitato all'interno dell'Azienda nei rapporti con altri operatori o soggetti interni e/o esterni all'Azienda stessa che, di norma, prevede comportamenti coerenti con la propria professionalità ed il ruolo assegnato, nel rispetto delle direttive definite dal responsabile diretto, unitamente all'espletamento delle seguenti funzioni ed attività, e precisamente:

- gestione di processi di lavoro, quale combinazione di attività e operazioni anche diversificate, dei quali si assumono le responsabilità dei risultati specifici;
- eventuale coordinamento di altri operatori;
- svolgimento di compiti e funzioni di controllo e/o ispezione;
- gestione o partecipazione ad iniziative di carattere progettuale;
- sviluppo di competenze e capacità professionali proprie e/o di terzi.

Il sistema di valutazione aziendale è costituito da:

a) valutazione della *performance* organizzativa: in tale ambito, la valutazione dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità aziendali è volta sia alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, sia a comprendere le cause degli eventuali

scostamenti, nonché ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri;

b) valutazione dei risultati: in questo caso, è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e dei criteri definiti dalla normativa nazionale e contrattuale vigente;

c) valutazione della *performance* individuale: si tratta di uno strumento di sviluppo teso ad assicurare lo sviluppo continuo delle competenze professionali degli operatori e, quindi, alla verifica delle capacità sviluppate e alla pianificazione di quelle da conseguire. La valutazione individuale si basa sull'apporto dei singoli ai risultati dell'équipe di appartenenza e la capacità dimostrata di saper ricoprire il ruolo o la posizione assegnata, nonché di esercitare adeguatamente il comportamento atteso in seno all'organizzazione. Tale valutazione è organizzata sulla base dei principi generali, dei criteri e dei metodi definiti dalla normativa vigente, dai CC.CC.NN.LL. e degli Accordi aziendali, secondo i quali la misurazione e la valutazione della *performance* sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti nel loro complesso, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative. Essa si sviluppa secondo dimensioni sia di tipo organizzativo, che prevedono la valutazione dell'Azienda nel suo complesso e quella delle Strutture, sia di tipo individuale, relativamente alle singole persone che operano in Azienda;

d) valutazione di fine incarico: si tratta della valutazione degli incarichi dirigenziali, così come previsto dalle norme e dalla contrattazione vigente, intesa come valutazione del Dirigente titolare di incarico in rapporto al suo ruolo nell'organizzazione e all'incarico ricoperto, ed è diretta alla conferma, ovvero alla revoca, dell'incarico assegnato dall'Azienda, attraverso i soggetti ed i Collegi tecnici all'uopo individuati, nonché alla verifica circa il raggiungimento degli obiettivi assegnati e delle capacità professionali.

Il sistema di valutazione è oggetto di specifica regolamentazione a livello aziendale secondo i rispettivi ambiti di applicazione e le diverse aree negoziali e costituisce strumento di primaria importanza e rilevanza strategica in seno all'Azienda in relazione allo sviluppo professionale, con riferimento sia al personale del Comparto di qualifica non dirigenziale, sia alla Dirigenza dell'Area Sanità e dell'Area Funzioni Locali (Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale).

41. Il governo clinico - assistenziale

Il governo clinico-assistenziale rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi offerti dall'Azienda.

L'Azienda adotta azioni positive per la riduzione/controllo del rischio clinico-assistenziale e per la diffusione di buone pratiche, perseguendo il continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza del paziente, favorendo la partecipazione degli operatori alla elaborazione delle strategie aziendali, alla organizzazione ed alla revisione sistemica della qualità dei servizi e della appropriatezza delle prestazioni.

Uno dei temi di maggior rilievo, nell'ambio del sistema di governo clinico, è rappresentato dallo sviluppo continuo delle professionalità, dal momento che i pazienti e i loro familiari pongono la loro fiducia nei professionisti sanitari, ciò che determina la necessità di garantire che il trattamento loro fornito sia efficace e basato sulle tecniche e gli approcci più aggiornati.

La possibilità di assicurare il soddisfacimento di tali attese rimane subordinato alla creazione delle condizioni organizzative, tecniche ed economiche, affinché tutto il personale dell'Azienda abbia la chiara consapevolezza del proprio ruolo, al fine di cogliere e soddisfare le esigenze dei pazienti e dei loro familiari, sia sotto il profilo clinico- assistenziale, sia dal punto di vista relazionale.

L'Azienda considera che lo sviluppo continuo delle professionalità costituisca uno dei temi di maggior rilievo, nell'ambio del sistema di governo clinico-assistenziale, il quale si basa sul ciclo che, partendo dalla definizione del ruolo del singolo operatore all'interno dell'organizzazione e nei rapporti con l'utenza, interna o esterna, si sviluppa successivamente con la formulazione specifici piani individuali di sviluppo, nello svolgimento dell'attività.

La crescita del sistema di sviluppo continuo delle professionalità è la coerente realizzazione aziendale del principio che vede nel patrimonio professionale e nella sua continua valorizzazione il fattore chiave per il perseguimento della *mission* e degli obiettivi che da essa derivano.

42. La libera professione *intramoenia* (A.L.P.I.)

L'attività libero-professionale è strumento di qualificazione e promozione dell'immagine dell'Azienda. Essa rappresenta lo strumento istituzionale per l'erogazione di prestazioni al di fuori del normale orario di lavoro dei professionisti sanitari, mediante utilizzo di strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'Azienda.

Le prestazioni erogate in regime di *intramoenia* garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione, agevolando il rapporto di fiducia tra

il professionista scelto ed il paziente, offrendo la possibilità di farsi curare dallo specialista di fiducia beneficiando, al contempo, delle garanzie strutturali del Servizio Sanitario Regionale. Per tali motivi, l'Azienda favorisce lo svolgimento dell'attività professionale interna, cercando di utilizzare al meglio l'organizzazione e gli spazi disponibili, armonizzando il processo con l'attività istituzionale nel rispetto della normativa vigente in materia

L'Azienda pertanto, in ottemperanza alle norme vigenti, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria quale attività in grado di:

- contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;
- rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda;
- garantire i diritti e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale degli operatori dell'Azienda.

L'Azienda agevola l'esercizio della libera professione intramuraria conformemente alle disposizioni di legge nazionali e regionali in materia.

43. Acquisizione di beni, servizi e lavori

L'Azienda provvede all'acquisizione di beni e servizi e all'affidamento di lavori attraverso le proprie Strutture competenti e secondo quanto prescritto dal D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36, e ss.mm.ii., "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici", e dalla L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale", nel rispetto della normativa in materia, delle procedure e delle competenze delle Centrali di committenza regionali, nonché delle disposizioni regolamentari adottate dall'Azienda.

44. Strumenti generali e ordinari di programmazione e controllo

L'Azienda individua, quale strumento rilevante e strategico della gestione operativa la metodica di *budget*.

La Direzione Strategica Aziendale adotta strumenti programmatici di gestione.

45. Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)

Ai sensi dell'articolo 6[93] ("Piano integrato di attività e organizzazione") del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, e ss.mm.ii., recante [("Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"], convertito, con modificazioni, nella Legge n. 6 agosto 2021, n. 113, l'Azienda predispone, nei modi e nei termini di legge, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che prevede al proprio interno il Piano della performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile e il Piano triennale dei fabbisogni del personale.

Il P.I.A.O. costituisce misura di semplificazione e ottimizzazione della programmazione pubblica nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle PP.AA. funzionale all'attuazione del P.N.R.R. e descrive e integra tra loro le principali programmazioni di competenza aziendale, costituendo anche parte rilevante del percorso di applicazione del PNRR e della riforma delle pubbliche amministrazioni.

L'Azienda riconosce nel P.I.A.O. uno strumento dotato, da un lato, di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di un forte valore comunicativo, attraverso il quale l'Azienda comunica

---

[93] [**Articolo 6 ("Piano integrato di attività e organizzazione"), D.L. 9 giugno 2021 n. 80, e ss.mm.ii.**: *"**1.** Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio54 di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190. **2.** Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce: a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa; b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale; c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali; c-bis) in relazione alle caratteristiche e finalità di ciascuna amministrazione, il fabbisogno di personale per la realizzazione della transizione digitale e per l'innovazione tecnologica, con particolare riguardo all'intelligenza artificiale, alla sicurezza informatica e alla gestione dei big data; d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione; e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati; f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi [……]"*].

alla collettività gli obiettivi e le azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche ed i risultati che si vuole ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

CAPO VII – DISPOSIZIONI FINALI E NORMA DI RINVIO

46. Disposizioni finali

Il presente Atto di Autonomia Aziendale, con relativi allegati, è trasmesso alla Giunta Regionale Liguria entro dieci giorni dall'approvazione da parte dell'Azienda, ai sensi del combinato disposto degli articoli 9 ("Funzioni di controllo"), commi 1 e 2[94], dell'articolo 19 ("Direttore Generale), commi 7 e 10[95], e dell'articolo 25[96] ("Atto di autonomia aziendale"), della L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., recante "Riordino del Servizio Sanitario regionale".

L'esecutività del presente Atto di Autonomia aziendale è demandata a successivo provvedimento deliberativo di presa d'atto e recepimento dell'intervenuta esecutività, a conclusione della fase di integrazione dell'efficacia, una volta decorso il termine di 30 (trenta) gg. del controllo da parte della competente Autorità Regionale, ovvero anticipatamente in caso di intervenuta adozione di specifico atto deliberativo da parte della Regione Liguria, ai sensi del combinato disposto della richiamata normativa regionale.

---

[94] [**Articolo 9 ("Funzioni di controllo"), commi 1 e 2, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *La Regione esercita il controllo sugli atti dell'ATS Liguria, degli IRCCS pubblici, anche se trasformati in fondazioni, e delle aziende ospedaliere universitarie integrate con il servizio sanitario nazionale. A tal fine il direttore generale trasmette alla Giunta regionale, entro dieci giorni dall'approvazione: a) gli atti di autonomia aziendale, di cui all' articolo 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 502/1992; b) il regolamento di organizzazione e funzionamento, se trattasi di IRCCS; c) [abrogato]; d) i piani strategici aziendali di cui all'articolo 30; e) gli atti di programmazione interaziendale, i piani attuativi annuali ed i provvedimenti conseguenti a direttive vincolanti regionali; e-bis) lo statuto dell'Ente ospedaliero Ospedali Galliera.* ***2.*** *Nei successivi trenta giorni la Regione può indicare al direttore generale i contenuti dell'atto che si pongono in contrasto con gli indirizzi o la programmazione regionale. Il direttore generale adegua i propri provvedimenti a quanto indicato dalla Regione*"].

[95] [**Articolo 19 ("Direttore Generale), commi 7 e 10, L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.: "*** ***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. [……]* ***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*"].

[96] [**Articolo 25 ("Atto di autonomia aziendale"), L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.**: "***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*"].

La fase di transizione dal precedente al nuovo assetto organizzativo sarà gestita in modo da assicurare, senza soluzione di continuità, l'esercizio delle funzioni e la chiara attribuzione delle relative responsabilità. L'attuazione del nuovo modello organizzativo avverrà progressivamente, secondo modalità e tempistiche definite dalla Direzione Aziendale negli atti che succederanno all'approvazione del Piano Organizzativo Aziendale, anche differenziate in relazione alle specificità e alle esigenze delle diverse realtà organizzative.

A regime, si intendono espressamente abrogate, automaticamente disapplicate e integralmente sostituite tutte le previgenti disposizioni aziendali in materia, siano esse derivanti da atti, provvedimenti o prassi, che risultino in contrasto o comunque incompatibili con il presente Atto Aziendale.

Il presente Atto ha natura organizzativa di carattere generale. L'attuazione dello stesso avviene anche attraverso atti regolamentari aziendali, ovvero specifici provvedimenti adottati dalla Direzione Strategica aziendale. In ogni caso, l'Azienda adeguerà tempestivamente la propria organizzazione al verificarsi di significative necessità derivanti da provvedimenti avente carattere di imperatività nazionali, regionali o comunitari ai quali sia necessario adeguarsi.

Il presente Atto di Autonomia, senza necessità di contestuale o concomitante riapprovazione, si adeguerà in modo automatico a tutte le variazioni che dovessero intervenire in relazione alle norme ivi richiamate ed agli istituti che ne formano oggetto e contenuto, qualora *medio tempore* dovessero entrare in vigore nuove e diverse disposizioni di legge e di contratto. In ogni caso, per quanto non previsto, troveranno applicazione le disposizioni di legge ed i contratti vigenti nel tempo.

Si ritengono integralmente confermati in carico ai Direttori/Dirigenti Responsabili di strutture e articolazioni aziendali gli obblighi gestionali, nessuno escluso, derivanti dal presente Atto di Autonomia aziendale, coerentemente al ruolo gestionale agli stessi ascritto per quanto concerne le risorse umane assegnate in forza, ovvero operanti a qualsiasi titolo presso le rispettive strutture e articolazioni aziendali e, parimenti, per quanto concerne le risorse strumentali assegnate, in ottemperanza alle disposizioni e specifiche attribuzioni organizzative e gestionali previste dall'articolo 5[97] ("Potere di organizzazione") del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.-

[97] [**Articolo 5 ("Potere di organizzazione"), D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm.ii.:** "***1.*** *Le amministrazioni pubbliche assumono ogni determinazione organizzativa al fine di assicurare l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, e la rispondenza al pubblico interesse dell'azione amministrativa.* ***2.*** *Nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi di cui all'articolo 2, comma 1, le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro, nel rispetto del principio di pari opportunità, e in particolare la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatte salve la sola informazione ai sindacati ovvero le ulteriori forme di partecipazione, ove previsti nei contratti di cui all'articolo 9. 30* ***3.*** *Gli organismi di controllo interno verificano periodicamente la rispondenza delle determinazioni organizzative ai principi indicati all'articolo 2, comma 1, anche al fine di proporre l'adozione di eventuali interventi correttivi e di fornire elementi per l'adozione delle misure previste nei confronti dei responsabili della gestione.* ***3-bis****. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle Autorità amministrative indipendenti*"].

Il presente Atto di Autonomia aziendale sarà pubblicato in via permanente sul sito *web* istituzionale dell'Azienda (www.atsliguria.it), nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente, conformemente alle disposizioni del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, e ss.mm.ii., recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

47. Norma di rinvio

Per quanto non contemplato nel presente Atto aziendale, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile, alle leggi fondamentali dell'organizzazione amministrativa e del pubblico impiego, alle Leggi Regionali e di riordino del S.S.R., alle leggi fondamentali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche ed ai contratti collettivi nazionali e integrativi aziendali, nonché alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia, anche in forma di Circolari, Direttive, ovvero linee ed indirizzi eventualmente emanati in relazione a quanto oggetto del presente documento.

È rimessa all'esercizio del potere regolamentare dell'Azienda la disciplina necessaria alla gestione operativa della attuazione della politica sanitaria e sociosanitaria, fermo restando il rispetto ed il riferimento alle fonti normative regionali, nazionali e comunitarie.

ALLEGATI

Allegato A: Regolamento di funzionamento del Collegio di Direzione dell'Area Tutela della Salute Liguria (articolo 21 L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.)

Allegato B: Regolamento di funzionamento della Conferenza permanente dei Datori di Lavoro dell'Azienda Tutela della Salute Liguria (articolo 24-*bis* L.R. Liguria L.R. Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii.)

Organigramma aziendale

Funzionigramma Strutture di supporto Direzione Strategica

Funzionigramma Dipartimenti Sanitari e Sociosanitari

Funzionigramma Area Liguria Salute