

**LEGGE REGIONALE 11 MAGGIO 2017 N. 9****Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.**

Il Consiglio regionale Assemblea Legislativa della Liguria ha approvato.

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**

promulga

la seguente legge regionale:

**TITOLO I  
DISPOSIZIONI GENERALI****Articolo 1**

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge, nel rispetto del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e integrazioni e del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), disciplina in relazione alle strutture sanitarie e sociosanitarie:
  - a) le procedure e i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività;
  - b) le procedure, i requisiti e le condizioni per l'accreditamento istituzionale;
  - c) le procedure per la vigilanza e il controllo sul possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento;
  - d) gli accordi e i contratti con le strutture accreditate pubbliche e private.
2. Nel rispetto della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e del decreto del Ministro per la solidarietà sociale 21 maggio 2001, n. 308 (Regolamento concernente requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della L. 8 novembre 2000, n. 328), disciplina, altresì:
  - a) le procedure e i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale di cui alla legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) e successive modificazioni e integrazioni;
  - b) le procedure per la vigilanza e il controllo sul possesso dei requisiti di autorizzazione.
3. La presente legge persegue le seguenti finalità:
  - a) assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, individuando idonee modalità di risposta ai fabbisogni sanitari e sociosanitari evidenziati dagli strumenti di pianificazione nazionale e regionale;
  - b) garantire la libertà di scelta da parte degli assistiti;

- c) garantire la parità di diritti e di doveri fra le strutture pubbliche e private disciplinate dalla presente legge e il concorso delle stesse, nell'ambito della programmazione regionale, alla realizzazione degli obiettivi di assistenza sanitaria e dell'integrazione sociosanitaria;
- d) promuovere la qualità dei servizi erogati attivando processi di continuo miglioramento e di competitività fra le strutture accreditate;
- e) semplificare le procedure di autorizzazione e di accreditamento in ottemperanza alle disposizioni nazionali in materia;
- f) promuovere l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza e l'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini;
- g) assicurare un sistema di autorizzazione e accreditamento omogeneo su tutto il territorio ligure.

## Articolo 2

(Ambito di applicazione)

1. Le disposizioni della presente legge si applicano:
  - a) alle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
  - b) alle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
  - c) alle strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo o diurno;
  - d) agli stabilimenti termali, idroterapici o affini;
  - e) agli studi medici e odontoiatrici e di altre professioni sanitarie ove si erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale vale a dire procedure diagnostiche e terapeutiche a maggiore complessità che comportino un rischio per la salute del paziente. A tal fine i professionisti operanti in tali studi autocertificano l'attività svolta, fermo restando che il criterio della maggior complessità deve essere stabilito da un atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8ter, comma 4, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419);
  - f) alle strutture dedicate all'attività diagnostica svolta anche per soggetti terzi;
  - g) alle attività di assistenza domiciliare integrata (ADI);
  - h) ai servizi e strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sociali;
  - i) ai laboratori, ambulatori e cliniche di medicina veterinaria.

## Articolo 3

(Funzioni regionali)

1. La Giunta regionale, nel rispetto della normativa vigente, definisce, su proposta dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), istituita dalla 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) e successive modificazioni e integrazioni:
  - a) l'individuazione delle tipologie di strutture rientranti in ciascuna delle lettere di cui all'articolo 2;
  - b) i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali;
  - c) le procedure e le modalità di richiesta e di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, nonché gli importi dovuti ad A.Li.Sa. a copertura degli oneri sostenuti per l'attività istruttoria di competenza;
  - d) le modalità di presentazione dell'autocertificazione di cui all'articolo 2, comma 1, lettera e);

- e) i requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
  - f) le caratteristiche e le articolazioni degli elenchi di cui agli articoli 7 e 11;
  - g) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti la tipologia e i volumi di attività sanitaria, sociosanitaria e sociale.
2. A.Li.Sa., in ordine alle proposte di cui al comma 1, lettere b) ed e), acquisisce preventivamente le valutazioni delle associazioni e degli enti interessati.
  3. I provvedimenti di cui al comma 1, lettere b) ed e), sono approvati dalla Giunta regionale, previo parere obbligatorio della Commissione consiliare competente, da rendersi nel termine di trenta giorni trascorso il quale il parere si intende favorevole.
  4. Il provvedimento di cui al comma 1, lettera b), disciplina gli standard e i tempi assistenziali in relazione al numero delle persone assistite presenti nella struttura.
  5. La Regione rilascia i provvedimenti di accreditamento istituzionale di cui al Capo II del Titolo II e svolge le ulteriori funzioni a essa attribuite dalla presente legge.

## TITOLO II AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

### CAPO I AUTORIZZAZIONE

#### Articolo 4

(Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie così come individuate dall'articolo 2 sono soggetti ad autorizzazione da parte del Comune di ubicazione delle strutture secondo le procedure previste, rispettivamente, al comma 2 e agli articoli 5 e 6. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione, nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.
2. Per la realizzazione di nuove strutture sanitarie e sociosanitarie A.Li.Sa. esprime il parere di compatibilità del progetto di cui all'articolo 8 ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni sulla base della programmazione sociosanitaria regionale in rapporto al fabbisogno complessivo regionale e della localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale. Tale parere è trasmesso al Comune competente.

#### Articolo 5

(Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali)

1. Il Comune di ubicazione delle strutture di cui all'articolo 2 rilascia l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali.
2. L'istanza per il rilascio dell'autorizzazione è presentata dai soggetti interessati al Comune il quale provvede al rilascio o al diniego dell'autorizzazione entro novanta giorni dal ricevimento.

3. A tal fine il Comune, entro dieci giorni dal ricevimento, inoltra l'istanza ad A.Li.Sa. che provvede all'istruttoria tecnica nei successivi sessanta giorni.
4. A.Li.Sa. effettua l'istruttoria tecnica volta ad accertare l'accettabilità della domanda, nonché il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per il rilascio dell'autorizzazione. A.Li.Sa., nel rispetto del termine di cui al comma 3, trasmette gli esiti dell'istruttoria tecnica al Comune.
5. In caso di diniego di autorizzazione l'interessato può chiedere il riesame del provvedimento entro i trenta giorni successivi alla sua adozione. Il Comune procede al riesame entro i sessanta giorni successivi al ricevimento della domanda acquisendo, se necessario, le valutazioni tecniche di A.Li.Sa..
6. La variazione degli elementi rilevanti ai fini del provvedimento di autorizzazione deve essere comunicata entro quindici giorni al Comune di ubicazione che nei successivi trenta giorni adotta i provvedimenti conseguenti acquisendo, se necessario, le valutazioni tecniche di competenza di A.Li.Sa.. Nelle more, l'attività oggetto dell'autorizzazione può essere esercitata in via provvisoria.
7. I soggetti che intendono esercitare più attività ovvero la stessa attività in più strutture sono tenuti a richiedere l'autorizzazione all'esercizio per ciascuna attività e ciascuna struttura.

#### Articolo 6

(Accertamento del possesso dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio)

1. A.Li.Sa. provvede all'accertamento del possesso dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio effettuando l'istruttoria tecnica di cui all'articolo 5, comma 4, anche in riferimento alla tipologia del soggetto relativamente all'autorizzazione richiesta.
2. A.Li.Sa., per le funzioni di cui al comma 1, si avvale di personale delle Aziende Sociosanitarie Liguri (ASL) appartenente alle diverse professionalità necessarie a garantire l'adeguata valutazione delle strutture e dei servizi di cui all'articolo 2. Nel caso di autorizzazione di strutture di cui all'articolo 2, comma 1, lettere c) e h), è assicurata la presenza del direttore del distretto sociale competente per territorio o di un esperto in materia sociale, individuato dal Comune che rilascia l'autorizzazione.
3. Le funzioni di coordinamento del personale di cui al comma 2 sono individuate da A.Li.Sa..
4. Al fine dell'istruttoria tecnica di cui all'articolo 5, comma 4, A.Li.Sa. esamina la documentazione prodotta ed effettua un sopralluogo presso la struttura.
5. Nei casi di autorizzazione all'apertura di nuove strutture e di autorizzazione alla trasformazione o all'ampliamento di strutture già autorizzate, A.Li.Sa. esamina i progetti sotto il profilo organizzativo e funzionale, effettua un sopralluogo presso la struttura per valutare gli aspetti strutturali e tecnologici ed esprime le valutazioni tecniche di competenza per il rilascio o il diniego dell'autorizzazione richiesta trasmettendole al Comune. Sulla base di tali valutazioni il Comune rilascia o nega l'autorizzazione richiesta.
6. Nei casi previsti dal comma 5, nei tre mesi successivi al rilascio dell'autorizzazione da parte del Comune, A.Li.Sa. effettua una verifica presso la struttura per la valutazione della realizzazione e congruenza del progetto proposto sotto il profilo organizzativo e funzionale. Qualora la verifica dia esito

negativo, A.Li.Sa. fissa un termine per l'adeguamento. Trascorso inutilmente tale termine, A.Li.Sa. ne dà comunicazione al Comune che provvede alla revoca dell'autorizzazione.

#### Articolo 7

(Elenco delle strutture autorizzate)

1. I comuni trasmettono entro quindici giorni ad A.Li.Sa. i provvedimenti adottati ai sensi del presente Capo.
2. A.Li.Sa. pubblica sul proprio sito internet istituzionale l'elenco delle strutture autorizzate di cui all'articolo 2.

### Capo II

#### ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

#### Articolo 8

(Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. Ai sensi dell'articolo 8 quater del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, l'accREDITAMENTO istituzionale è il processo attraverso il quale le strutture autorizzate pubbliche e private acquisiscono la qualifica di soggetto idoneo all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR).
2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per il SSR a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi e dei contratti di cui agli articoli 12 e 13.
3. L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla Regione ed è subordinato al possesso degli ulteriori requisiti di accREDITAMENTO definiti dalle disposizioni nazionali e regionali, nonché all'adozione di sistemi di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e di monitoraggio della qualità, dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.
4. Le strutture accreditate garantiscono il rispetto delle norme sull'incompatibilità da parte del personale sanitario operante nelle strutture stesse.
5. A.Li.Sa. stabilisce direttive e linee d'indirizzo in materia di miglioramento della qualità delle prestazioni.

#### Articolo 9

(Processo di accREDITAMENTO istituzionale)

1. Per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale è costituito presso A.Li.Sa. l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) di cui all'articolo 10.
2. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 2, comma 1, lettere a), b), c), d), e), f) e g), presentano domanda di accREDITAMENTO istituzionale all'OTA operante presso A.Li.Sa..
3. L'OTA provvede all'accERTAMENTO della sussistenza dei requisiti per l'accREDITAMENTO disciplinati dalle disposizioni nazionali e regionali e, per il tramite di A.Li.Sa., trasmette alla Regione gli esiti dell'istruttoria effettuata entro il termine di centocinquanta giorni dal ricevimento della domanda.

4. La Regione nei trenta giorni successivi rilascia l'accreditamento istituzionale o rigetta l'istanza.
5. Nei casi di cui all'articolo 5, comma 7, l'accreditamento istituzionale può avere a oggetto singole attività autorizzate o singole strutture autorizzate.
6. In caso di provvedimento negativo, l'interessato, entro trenta giorni dalla comunicazione, può presentare domanda di riesame alla Regione che provvede nei sessanta giorni successivi alla richiesta, sulla base di una nuova istruttoria effettuata dall'OTA.
7. L'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie ha validità quinquennale dalla data del rilascio e può essere rinnovato, su richiesta dell'interessato presentata entro l'anno antecedente la scadenza del quinquennio. Al procedimento di rinnovo si applicano le disposizioni previste per il rilascio dell'accreditamento.
8. Nel corso del quinquennio di validità dell'accreditamento la struttura è tenuta ad autocertificare annualmente all'OTA il mantenimento dei requisiti di accreditamento. L'OTA può svolgere verifiche intermedie.

#### Articolo 10

##### (Organismo Tecnicamente Accreditante)

1. Sulla base di quanto previsto nelle intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome 20 dicembre 2012, n. 259 e 19 febbraio 2015, n. 32, l'OTA, nello svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 9, garantisce autonomia e assenza di conflitti di interesse e opera nel rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e terzietà nei confronti della Regione e nei confronti delle strutture pubbliche e private oggetto di valutazione.
2. Per la verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie l'OTA si avvale di personale del SSR e dei comuni iscritto nell'elenco regionale dei tecnici verificatori di cui al comma 4, lettera b).
3. A.Li.Sa. stipula apposite convenzioni con le ASL e i comuni per l'impiego del personale di cui al comma 2.
4. A.Li.Sa. definisce:
  - a) il numero e i requisiti dei verificatori, nonché le modalità di formazione degli stessi;
  - b) le modalità per la costituzione dell'elenco regionale dei tecnici verificatori;
  - c) i criteri, l'entità e le modalità di versamento ad A.Li.Sa. dell'onere posto a carico dei soggetti che richiedono il rilascio e il rinnovo dell'accreditamento, in relazione alla tipologia e alla complessità delle strutture.

#### Articolo 11

##### (Elenco delle strutture accreditate)

1. La Regione trasmette ad A.Li.Sa. i provvedimenti adottati ai sensi del presente Capo.
2. A.Li.Sa. e le ASL pubblicano sul proprio sito internet istituzionale l'elenco delle strutture accreditate

secondo la classificazione definita dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera a), nonché gli accordi e i contratti stipulati ai sensi degli articoli 12 e 13.

3. Per le strutture che erogano prestazioni sociosanitarie a regime residenziale e semiresidenziale sono indicati i posti disponibili, nonché le liste d'attesa per l'accesso a dette prestazioni.

### TITOLO III ACCORDI E CONTRATTI

#### Articolo 12

(Accordi con i soggetti pubblici ed equiparati)

1. A.Li.Sa., ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera i), della l.r. 17/2016 e successive modificazioni e integrazioni, stipula gli accordi di cui all'articolo 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni con i soggetti erogatori pubblici ed equiparati.
2. Gli accordi di cui al comma 1 individuano gli obiettivi di salute, i programmi d'integrazione dei servizi, le funzioni riconosciute e i requisiti del servizio da erogare prevedendo che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base a tetti di spesa e volumi di attività.

#### Articolo 13

(Contratti con i soggetti privati accreditati)

1. Le ASL applicano i contratti stipulati da A.Li.Sa. con i soggetti privati accreditati ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera i), della l.r. 17/2016 e successive modificazioni e integrazioni, nel rispetto dell'articolo 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
2. I contratti devono prevedere almeno:
  - a) il volume massimo delle prestazioni erogabili dalla singola struttura distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
  - b) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate e le modalità atte a garantire il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni;
  - c) l'accettazione delle modalità di pagamento;
  - d) gli obiettivi dei piani di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni di cui all'articolo 8, comma 3;
  - e) specifiche clausole penali per inadempimento contrattuale conseguente alla violazione dell'obbligo di mantenimento dei livelli qualitativi di erogazione delle prestazioni oppure nel caso di carenza, anche temporanea, del possesso dei requisiti di autorizzazione o di accreditamento. Le penali operano in concorso con le sanzioni di cui alla presente legge e con gli eventuali provvedimenti di revoca dell'autorizzazione ovvero di sospensione o revoca dell'accreditamento.
3. I contratti non possono prevedere forme di incremento o di rivalutazione automatica delle tariffe delle prestazioni.
4. Ai contratti si applicano le norme di diritto privato, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale.

5. A.Li.Sa., in collaborazione con l'ASL competente per territorio, vigila e controlla con cadenza annuale la correttezza delle modalità di erogazione delle prestazioni e la qualità delle stesse sulla base del contratto stipulato; tale controllo si basa sugli indicatori di qualità e di esito ulteriori rispetto ai requisiti di autorizzazione e accreditamento, individuati e aggiornati periodicamente da A.Li.Sa..

#### TITOLO IV VIGILANZA E CONTROLLI

##### Articolo 14 (Vigilanza sulle strutture autorizzate)

1. Ferma restando la competenza in materia di vigilanza sulle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali attribuita ad altri soggetti dalla normativa nazionale e regionale, A.Li.Sa. provvede, con cadenza almeno biennale, ad accertare la permanenza dei requisiti di autorizzazione delle strutture di cui all'articolo 2. A.Li.Sa. compie, altresì, specifiche verifiche su richiesta del Comune o di altre autorità pubbliche, nonché a seguito di motivata segnalazione degli utenti.
2. Per le verifiche di cui al comma 1 A.Li.Sa. può avvalersi del personale delle ASL e dei comuni ai sensi dell'articolo 6, comma 2.
3. Ferma restando l'applicazione delle eventuali sanzioni penali e amministrative, nel caso in cui siano riscontrate gravi carenze di requisiti autorizzativi o comunque situazioni che comportino grave pregiudizio o pericolo per la salute e la tutela degli assistiti, A.Li.Sa. ne dà comunicazione al Comune che provvede alla revoca dell'autorizzazione.
4. A.Li.Sa., in collaborazione con l'ASL e il Comune, adotta ogni provvedimento necessario ad assicurare la continuità assistenziale.
5. Nell'ipotesi di cui al comma 3, su richiesta dell'interessato, A.Li.Sa. accerta entro trenta giorni il ripristino dei requisiti autorizzativi o il superamento delle condizioni che hanno determinato le situazioni di grave pregiudizio o pericolo per gli assistiti e ne dà comunicazione al Comune.
6. Al di fuori delle ipotesi di cui al comma 3 se, nel corso delle attività di verifica, vengono accertate carenze in ordine ai requisiti autorizzativi, A.Li.Sa. assegna alla struttura interessata un congruo termine per l'adeguamento e provvede alla verifica nei successivi trenta giorni.
7. I provvedimenti di revoca dell'autorizzazione sono comunicati da parte del Comune ad A.Li.Sa. entro quindici giorni dalla loro adozione.

##### Articolo 15 (Controllo sulle strutture accreditate)

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate sono soggette, oltre alla vigilanza di cui all'articolo 14, anche ai controlli e alle verifiche svolte dalle ASL e da A.Li.Sa..
2. A.Li.Sa. esercita, altresì, le funzioni ispettive, di vigilanza e di controllo previste dall'articolo 3, comma 2, lettere m) e n), della l.r. 17/2016 e successive modificazioni e integrazioni.



## Articolo 16

(Verifica dei requisiti delle strutture accreditate)

1. L'OTA di cui all'articolo 10 può accertare in qualsiasi momento il possesso dei requisiti di accreditamento da parte delle strutture accreditate.
2. In caso di segnalazione di violazioni o inadempienze, provenienti da autorità pubbliche nonché a seguito di motivata segnalazione degli utenti, A.Li.Sa., tramite l'OTA, provvede alla verifica nel termine di dieci giorni dal ricevimento della segnalazione.
3. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività da parte del Comune determina la revoca dell'accredito istituzionale.
4. A seguito dell'attività di verifica espletata l'OTA può fissare un termine di adeguamento ovvero richiedere alla Regione la sospensione o la revoca dell'accredito.

## Articolo 17

(Sanzioni)

1. I titolari delle strutture e dei servizi di cui all'articolo 2 che violano le disposizioni di cui alla presente legge sono soggetti, in concorso con le sanzioni penali eventualmente previste, alle sanzioni amministrative pecuniarie, applicate ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e successive modificazioni e integrazioni, della legge regionale 2 dicembre 1982, n. 45 (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di competenza della Regione o di enti da essa individuati, delegati o subdelegati) e successive modificazioni e integrazioni e della legge regionale 14 aprile 1983, n. 11 (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie in materia di igiene e sanità pubblica, vigilanza sulle farmacie e polizia veterinaria) e successive modificazioni e integrazioni, di seguito previste:
  - a) da 15.000,00 euro a 60.000,00 euro per la gestione delle strutture senza la prevista autorizzazione. Al verificarsi di tale fattispecie consegue l'impossibilità di presentare richiesta di autorizzazione all'esercizio della medesima o di altra struttura per un periodo di tre anni;
  - b) da 15.000,00 euro a 50.000,00 euro per l'ampliamento, la trasformazione, la diversa utilizzazione di strutture o di parti di esse senza la prevista autorizzazione;
  - c) da 15.000,00 euro a 50.000,00 euro per l'accertamento di situazioni che comportino grave pregiudizio o pericolo per la salute e la tutela degli assistiti;
  - d) da 5.000,00 euro a 50.000,00 euro per l'accertamento di carenze dei requisiti autorizzativi;
  - e) da 3.000,00 euro a 15.000,00 euro per ogni posto letto in strutture extraospedaliere eccedente rispetto al numero di posti letto autorizzati;
  - f) da 3.000,00 euro a 15.000,00 euro per il mancato adeguamento alle prescrizioni di cui all'articolo 14, comma 6;
  - g) da 1.500,00 euro a 9.000,00 euro per l'omessa comunicazione prevista all'articolo 5, comma 6.
2. Ai sensi dell'articolo 2 della l.r. 11/1983 e successive modificazioni e integrazioni, il personale di vigilanza e di ispezione di A.Li.Sa. e di ciascuna ASL provvede, in aggiunta ai soggetti indicati dalla normativa nazionale e regionale in materia, all'accertamento e alla contestazione delle violazioni di cui al comma 1.
3. I verbali di accertamento e di contestazione delle violazioni di cui al comma 1 sono trasmessi al Comune e all'ASL competente per territorio e ad A.Li.Sa..

4. In caso di reiterazione delle violazioni ai sensi dell'articolo 8 bis della l. 689/1981 e successive modificazioni e integrazioni, la sanzione è aumentata fino a un terzo.

## TITOLO V DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

### Articolo 18 (Disposizioni transitorie)

1. Alle istanze di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, nonché alle istanze di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie presentate prima della data in cui la presente legge acquista efficacia ai sensi dell'articolo 21, si applicano le disposizioni della legge regionale 30 luglio 1999, n. 20 (Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati. Recepimento del d.P.R. 14 gennaio 1997) e successive modificazioni e integrazioni.
2. Le strutture delle ASL, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e degli enti equiparati, le strutture pubbliche e private già autorizzate all'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, nonché le strutture che abbiano presentato istanza di autorizzazione prima della data in cui la presente legge acquista efficacia si adeguano ai requisiti organizzativi e tecnologici fissati dal provvedimento di cui all'articolo 3, comma 1, lettera b), entro centottanta giorni dall'adozione del provvedimento stesso.
3. Qualora non siano stati completati i programmi di adeguamento ai requisiti strutturali e impiantistici, già approvati ai sensi dell'articolo 6 della l.r. 20/1999 e successive modificazioni e integrazioni, i rappresentanti legali delle strutture sanitarie e sociosanitarie sono tenuti ad aggiornare il cronoprogramma attuativo.
4. Il cronoprogramma, di durata non superiore a un triennio, è trasmesso per l'approvazione al Comune di ubicazione della struttura entro sessanta giorni, decorrenti dalla data in cui la presente legge acquista efficacia.
5. Il Comune, nei successivi novanta giorni, approva l'aggiornamento del cronoprogramma ovvero comunica al legale rappresentante della struttura i rilievi allo stesso indicando i termini per l'adeguamento.
6. A tal fine il Comune, entro dieci giorni dal ricevimento, inoltra il cronoprogramma ad A.Li.Sa. che effettua la propria valutazione nei successivi sessanta giorni.
7. Fermo restando il possesso dei requisiti di cui all'articolo 8, comma 3, l'approvazione del cronoprogramma di cui al presente articolo è requisito sufficiente per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale delle strutture già in esercizio alla data di entrata in vigore della l.r. 20/1999.
8. A.Li.Sa. effettua annualmente il monitoraggio dei cronoprogrammi.

## Articolo 19

(Modifica di norme)

1. L'articolo 2 della l.r. 11/1983 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

## "Articolo 2

1. All'accertamento e alla contestazione delle violazioni, in aggiunta ai soggetti indicati all'articolo 6, comma 1, della l.r. 45/1982 e successive modificazioni e integrazioni, provvede il personale di vigilanza e di ispezione dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) e di ciascuna ASL individuato dal Direttore generale.
2. Il personale di cui al comma 1 deve essere munito di idoneo documento rilasciato dal Direttore generale che ne attesti la legittimazione a effettuare l'accertamento."

2. L'articolo 43 della l.r. 12/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

## "Articolo 43

(Strutture residenziali e semiresidenziali)

1. Le strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, che erogano prestazioni sociali e socio-sanitarie, fanno parte della rete dei servizi integrati pianificati dal Distretto sociosanitario.
2. Le strutture residenziali e semiresidenziali possono essere articolate in più moduli funzionali con differente intensità assistenziale."

3. L'articolo 44 della l.r. 12/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

## "Articolo 44

(Classificazione e autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali)

1. La Giunta regionale, in recepimento dei criteri di cui al decreto del Ministro per la solidarietà sociale 21 maggio 2001, n. 308 (Regolamento concernente requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della L. 8 novembre 2000, n. 328) sulla base del nomenclatore nazionale degli interventi dei servizi sociali, definisce la classificazione dei servizi e delle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sociali, socio-assistenziali e socio-educative ai sensi della legge regionale recante norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali pubbliche e private.
2. La Giunta regionale, sentita l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), definisce, altresì, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio di attività a carattere sociale, socio-assistenziale e socio-educativo ai sensi della legge regionale recante norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali pubbliche e private.
3. L'esercizio dell'attività da parte delle strutture di cui ai commi 1 e 2 è soggetto all'autorizzazione comunale di cui all'articolo 5, a eccezione dei centri estivi che sono tenuti a presentare la segnalazione certificata d'inizio attività."

4. L'articolo 48 della l.r. 12/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituito dal seguente:

## "Articolo 48

(Accreditamento delle strutture e dei servizi sociali)

1. A.Li.Sa. valuta, ai fini dell'accreditamento, i requisiti dei servizi e delle strutture sociali.

2. I comuni, ai sensi dell'articolo 11 della l. 328/2000, acquisita l'istruttoria tecnica di A.Li.Sa., emanano il provvedimento di accreditamento per i servizi e le strutture ubicati nel territorio di competenza.”.
5. All'articolo 2, comma 1, lettera e), della legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e successive modificazioni e integrazioni, dopo le parole: “gli ospedali Galliera ed Evangelico” sono inserite le seguenti: “, le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie”.
6. All'articolo 81, comma 1, della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: “amministrative pecuniarie, di cui alla legge regionale 2 dicembre 1982 n. 45 (norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di competenza della Regione o di enti da essa individuati, delegati o subdelegati), irrogabili” sono sostituite dalle seguenti: “conseguenti al mancato pagamento in misura ridotta previste dalla legge regionale 2 dicembre 1982, n. 45 (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie di competenza della Regione o di enti da essi individuati, delegati o subdelegati) e successive modificazioni e integrazioni”.

#### Articolo 20

(Abrogazione di norme)

1. La legge regionale 30 luglio 1999, n. 20 (Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati. Recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997) e successive modificazioni e integrazioni è abrogata.
2. A seguito dell'approvazione dei provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a), sono abrogate le seguenti disposizioni:
  - a) il comma 4 dell'articolo 16 e gli articoli 27, 28, 29 e 30 della legge regionale 12 aprile 1994, n. 19 (Norme per la prevenzione, la riabilitazione e integrazione sociale dei portatori di handicap);
  - b) il comma 2 dell'articolo 22 della legge regionale 24 dicembre 2008, n. 44 (Disposizioni collegate alla legge finanziaria 2009).

#### Articolo 21

(Entrata in vigore)

1. L'efficacia delle disposizioni contenute nella presente legge decorre dal sessantesimo giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

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

Data a Genova addì 11 maggio 2017

IL PRESIDENTE  
Giovanni Toti

**NOTE INFORMATIVE RELATIVE ALLA LEGGE REGIONALE 11 MAGGIO 2017, N. 9**

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

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

- a) *La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Sonia Viale, ha adottato il disegno di legge con deliberazione n. 43 in data 24 febbraio 2017;*
- b) *il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 27 febbraio 2017, dove ha acquisito il numero d'ordine 141;*
- c) *è stato assegnato alla II Commissione consiliare ai sensi dell'articolo 83, comma 1, del Regolamento interno del Consiglio in data 27 febbraio 2017;*
- d) *la II Commissione consiliare si è espressa favorevolmente a maggioranza, con emendamenti, nella seduta del 20 aprile 2017;*
- e) *è stato esaminato ed approvato a maggioranza, con emendamenti, dal Consiglio regionale nella seduta del 2 maggio 2017;*
- f) *la legge regionale entra in vigore il 1 giugno 2017.*

**2. RELAZIONI AL CONSIGLIO**

*Relazione di maggioranza (Consigliere Rosso M.)*

*Il presente disegno di legge contenente la normativa sul sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali in Liguria è a completamento della terza parte della riforma socio-sanitaria.*

*Con il testo di legge, oggi all'esame dell'Assemblea, si procede all'aggiornamento e alla semplificazione della normativa ormai risalente a parecchi anni orsono (legge regionale 20 del 1999), tramite una revisione delle disposizioni al fine di dare un più efficace strumento agli operatori preposti alle verifiche, a garanzia delle famiglie, degli anziani ospitati nelle strutture e dei bambini frequentanti gli asili nido. Anche nell'ottica di una eventuale maggior presenza dei privati nella gestione della sanità pubblica, si è implementato un sistema di regole di controllo preventivo efficienti e rigorose.*

*Da un breve riepilogo del panorama legislativo afferente la materia, si evince che esistono differenti normative nazionali che regolano, da un lato, l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie (D.Lgs. 30.12.1992 n. 502) e, dall'altro, i servizi e le strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sociali (L. 8.11.2000 n. 328). Parimenti, anche i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi trovano disciplina per l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie, nel DPR 14.1.1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) e per l'esercizio delle attività sociali nel D.M 21.5.2001 n. 308 (Regolamento concernente requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000 n. 328).*

*A livello regionale, l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie è regolato attualmente dalla legge regionale 30.7.1999 n. 20 (Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati. Recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997), mentre per i servizi e le strutture sociali vige la legge regionale 24.5.2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari).*

*La sovrapposizione e la complessità del quadro normativo soprarichiamato ha determinato dubbi interpretativi e procedure amministrative farraginose e difformi, sia nella fase preliminare di verifica del possesso*

dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, sia nella fase successiva dell'attività di vigilanza e controllo.

È, infatti, opportuno evidenziare che presso una stessa struttura possono essere erogate sia prestazioni sociosanitarie, sia prestazioni sociali e, in ogni caso, la persona utente del servizio debba essere assistita a fronte di una valutazione complessiva e multidimensionale dei suoi bisogni sanitari, sociosanitari e sociali.

Le funzioni sanitarie, sociosanitarie e sociali impongono, per le loro caratteristiche, il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali rese agli assistiti, sia al fine di massimizzare la risposta assistenziale, sia al fine di escludere duplicazioni di spese e inefficienze gestionali e operative. Tale evidenza trova ora ulteriore riscontro normativo nel recente decreto, in fase di pubblicazione, di approvazione dei livelli essenziali di assistenza che ribadisce che i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali, ivi contenuti, prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

La necessità di integrazione e di coordinamento dei livelli assistenziali sanitari e sociali ha già trovato un'efficace risposta nelle due recenti leggi regionali, quali la legge istitutiva di A.Li.Sa e quella recante ulteriori modifiche alla legge di Riordino del Servizio Sanitario Regionale, finalizzate ad agevolare un'evoluzione equilibrata del SSR in sinergia con le politiche sociali, ridefinendo al contempo le Aziende Sanitarie Locali, che hanno così assunto la denominazione di Aziende Sociosanitarie Liguri e mantenuto il ruolo precipuo di erogatore dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'assistenza sociale.

Pertanto, la finalità principale del testo di legge in discussione consiste nel completamento della riforma del Servizio Sanitario Ligure superando i limiti determinati dalla differenziazione e dalla separazione dei processi autorizzativi e delle attività di controllo e di vigilanza, in termini di: carenze assistenziali, difformità nella valutazione dei requisiti e delle prestazioni erogate, appesantimento degli iter amministrativi; e, quindi, si configura come parte essenziale del processo globale di riforma del sistema sanitario regionale, già espressamente previsto dall'Agenda normativa del Programma di Governo.

I principali limiti dell'attuale sistema di autorizzazione e accreditamento che il testo di legge si propone di superare sono i seguenti:

- carenza di manutenzione e di aggiornamento dei requisiti, di autorizzazione e di accreditamento;
  - mancanza di un'unica regia ai fini della verifica dei requisiti e dell'attività di vigilanza e controllo;
  - disomogeneità dei processi valutativi rispetto al possesso dei requisiti e delle prestazioni richieste;
  - mancata previsione di strumenti volti a promuovere la qualità dei servizi erogati;
- inadeguatezza dei sistemi di vigilanza e sanzionatori.

Oltre alle responsabilità poste in capo ad A.Li.Sa. dalla legge istitutiva, il testo di legge in esame attribuisce all'Azienda stessa un ruolo di garanzia nei confronti della Regione, dei Comuni e dei cittadini rispetto al possesso e mantenimento dei requisiti autorizzativi richiesti alle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, sempre nel rispetto della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese agli assistiti del S.S.R.

L'articolato è volto a disciplinare gli strumenti, le procedure e le modalità con le quali A.Li.Sa è chiamata a svolgere i compiti ad essa attribuiti, fermo restando l'attuale assetto istituzionale che vede nel Comune l'Ente territoriale competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali e nella Regione e nel Comune, il riconoscimento della qualità di soggetto accreditato alle strutture sanitarie e sociosanitarie e ai servizi e alle strutture sociali.

Un ultimo punto qualificante del disegno di legge consiste nel mettere a disposizione di tutti i Comuni liguri tramite A.Li.Sa delle professionalità necessarie per effettuare una puntuale verifica dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali.

In conclusione, si vuole rimarcare che il testo di legge è stato ampiamente condiviso in sede di esame da parte della II Commissione, che ha al riguardo svolto un nutrito calendario di audizioni, convocando Inter-

locutori istituzionali e Rappresentanti delle categorie interessate, al fine di consentire la massima espressione di pareri e contributi sulla revisione della normativa vigente.

*Sul testo di legge, che ha ricevuto anche il parere favorevole da parte del Consiglio delle Autonomie Locali, sono stati espressi apprezzamenti in sede di audizioni e presentate proposte modificative e suggerimenti utili per il perfezionamento del testo medesimo. In fase di esame referente in II Commissione, l'Esecutivo regionale ha dimostrato disponibilità ad accogliere le osservazioni avanzate, presentando emendamenti al testo e riservandosi di valutare ulteriori approfondimenti finalizzati alla presentazione di adeguate modifiche in sede di Assemblea.*

*Auspico, pertanto, che questo disegno di legge, sul quale è stato dedicato particolare impegno e attenzione da parte di tutte le forze politiche presenti in Consiglio regionale, ottenga unanime condivisione anche in questa fase dell'iter procedurale, consentendo all'Ente Regione di approvare una normativa volta a realizzare, tramite una necessaria gestione della fase di transizione, un sistema omogeneo sul territorio che passi dall'attuale gestione della funzione autorizzativa al nuovo modello sotto la regia di A.Li.Sa., la quale costituirà un supporto per la programmazione dei fabbisogni e per la conseguente rilevazione. Infine, a seguito dell'approvazione del testo di legge, la Regione ha già preannunciato l'impegno ad istituire un tavolo di condivisione che coinvolgerà gli esperti individuati dalle due parti interessate, Comuni e ASL, finalizzato alla predisposizione dei provvedimenti attuativi della legge stessa e propedeutico all'aggiornamento del Manuale per l'auto-rizzazione al funzionamento.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Battistini F.)*

*Con il Disegno di Legge 141, recante "Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali pubbliche e private", si completa il terzo blocco della riforma e del riordino del Sistema Sanitario Regionale della Liguria.*

*Il primo blocco, nato dal Disegno di Legge 92 ha decretato, sul finire dello scorso estate, la nascita della super ASL ligure denominata A.Li.Sa, Azienda Ligure Sanitaria, con funzioni di chiaro accentramento del potere decisionale dai territori, vicino dunque ai cittadini ed ai loro bisogni, al governo centrale della Regione.*

*Il secondo blocco, definito col Disegno di Legge 106, ha visto l'inserimento di una nuova ulteriore figura dirigenziale nel panorama delle ASL liguri: il Direttore Socio Sanitario, con funzioni di governo del territorio e dei servizi sanitari, sociali e socio sanitari su esso dislocati, e dunque la conseguente trasformazione delle Aziende Sanitarie Locali in Aziende Socio Sanitarie Locali.*

*Non staremo qui a dilungarci sulle criticità o sui i punti di potenziale pregio, pochi, fattivamente, purtroppo, per il momento, che questi due blocchi hanno segnato sul quadro sanitario regionale, ma cercheremo di concentrarci sulle criticità che si ravvisano all'interno del Disegno di Legge 141, oggetto di questa relazione, e che in parte, però, va sottolineato, mettono anche a nudo dei punti d'ombra che si riscontrano già sulle precedenti riforme.*

*Il filo conduttore che è uscito dalla pubblicazione del Libro Bianco della Sanità Ligure è quello del centralismo e dell'esclusività di chi ha potere di governo in Regione.*

*Si tolgono, infatti, funzioni al territorio, per concentrarle su un unico organo regionale, A.Li.Sa., senza peraltro intervenire sulle strutture dirigenziali e amministrative già in essere e dunque sui costi ad esse legati.*

*Inoltre ci si concentra sul dialogo simbiotico dell'Azienda Ligure Sanitaria con la Giunta regionale escludendo, o cercando di escludere il più possibile, però, il Consiglio ed in particolar modo la Commissione consiliare competente... sommato, tutto ciò, tra l'altro, al fatto che il vero impatto sulla realtà di queste norme è sempre demandato ad una fase successiva all'approvazione e del tutto, appunto, ad esclusivo pannaggio di chi governa.*

*Un ottimo esempio di come questo aspetto, negativo, sia messo in pratica nei precedenti Disegni di Legge e nuovamente sul D.D.L. 141 lo fornisce, fin da subito, l'Articolo 3 (Funzioni regionali).*

*Al primo comma infatti la Giunta Regionale, su proposta di A.Li.Sa., definisce, in autonomia, senza ascoltare le istanze del Consiglio, che ricordo dovrebbe avere funzione di rappresentanza dei cittadini liguri, quelli che saranno, poi, in un momento successivo ad oggi, dunque, i parametri concreti di applicazione dell'articolo di questo Disegno di Legge.*

*In particolare:*

- *i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sociali, sanitarie e socio sanitarie;*
- *le procedure di richiesta e di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sociali, sanitarie e socio sanitarie;*
- *i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie;*
- *le caratteristiche e le modalità di gestione degli elenchi delle strutture autorizzate (elenco previsto dall'articolo 7) e delle strutture accreditate (elenco previsto dall'articolo 11).*

*Insomma, nel quadro normativo della Sanità ligure, ravvisiamo ancora una chiara la volontà di progettare articolati di legge i più generici possibile, come fossero una sorta di contenitori che si limitano all'essenziale per demandare poi, in un secondo momento, alla Giunta e al suo organo esecutivo, A.Li.Sa., la definizione dei parametri di applicazione reali della normativa.*

*Tutto ciò potrebbe anche essere normale se non fosse evidente però la volontà, come espressa chiaramente già nel sopracitato Articolo 3 (Funzioni regionali) di escludere del tutto, dal reale impatto legislativo sulla realtà e sul territorio, il Consiglio limitando sempre di più il ruolo delle Commissioni consiliari anche come luogo di approfondimento, condivisione, dialogo, discussione, miglioramento e recepimento delle istanze dell'Aula e dunque dei cittadini che rappresentiamo.*

*È misurandoci proprio su questo primo nodo che abbiamo tentato di eseguire una prima correzione, per noi fondamentale, all'impianto di questo Disegno di Legge, prevedendo, sui punti cardine, come il già citato comma 1 dell'Articolo 3, il ruolo della competente Commissione consiliare come parte attiva nel dibattito e nel processo di declinazione sulla realtà delle disposizioni sull'autorizzazione e l'accREDITAMENTO normate da questo D.D.L.*

*Una valutazione molto importante, per noi, è data da ciò che dovrebbe rappresentare una priorità per la Sanità e che dovrebbe essere concretizzata ed esplicitata anche, e forse soprattutto, in questo Disegno di Legge, ma che invece constatiamo mancare quasi totalmente, eccezion fatta per una piccola parte, al terzo comma del primo articolo, come principi generali, per poi trovare però poca applicazione nello svolgimento successivo della progetto: la Persona con i suoi bisogni, il suo benessere psicofisico e le sue necessità.*

*Al centro di ogni riforma sanitaria non dovrebbe essere posto null'altro, a nostro avviso, se non la Persona. Ed è proprio questa centralità, che nel testo di questo D.D.L. manca e che ci ha quindi mosso a concentrarci con una cospicua attività emendativa che proporremo al giudizio dell'Aula.*

*Intanto chiariamoci subito anche sul concetto di Persona.*

*La valutazione che abbiamo fatto e che abbiamo cercato di tradurre in un corposo pacchetto emendativo è quello relativo alla persona non solo intesa come paziente, che ovviamente deve, in Sanità, avere la priorità su tutto e tutti, ma anche relativo alla persona intesa come operatore che presta servizio all'interno del quadro sanitario regionale. Un quadro sanitario che deve essere efficiente, programmato e sinergico proprio per garantire, attraverso l'efficienza del servizio offerto e dunque del benessere lavorativo del comparto operativo, la qualità dell'assistenza e delle cure erogate al paziente o in generale a chi accede al servizio sociale, sanitario e socio sanitario della nostra Regione.*

*I primi tre emendamenti vanno proprio in questa direzione e mirano ad agire sulle finalità che la Regione intende perseguire con questo Disegno di Legge:*



1. *garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività svolte;*
2. *assicurare la sicurezza e i più elevati standard di qualità di cura a tutti i cittadini che scelgono tra i soggetti accreditati (pubblici e privati);*
3. *garantire che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria regionale.*

*E da questi tre punti, che estendono le finalità proposte nel terzo comma del primo articolo del D.D.L., abbiamo sviluppato alcuni concetti e strumenti che mancano, non sono normati o sono, quantomeno, scarsamente aggiornati, e che, a nostro avviso, amplierebbero e potenzierebbero l'articolato costituendo un buon punto di partenza per rendere più efficiente la nostra Sanità, in relazione ai servizi offerti e ai bisogni dei liguri.*

*Piano Triennale dei Bisogni Sociali, Sanitari e Socio-Sanitari della popolazione ligure.*

*Il primo concetto è sulla programmazione sanitaria dei servizi e delle strutture operanti sul territorio.*

*Un capitolo fondamentale, questo, ma fin troppo trascurato e comunque poco sviluppato nella nostra Regione, se non con brevissimi accenni come quelli che si trovano nell'Articolo 2 relativo alle finalità di A.Li.Sa. nella Legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 che appunto la costituisce.*

*Per dire quanto questo capitolo sia stato, fino ad oggi, scarsamente considerato e abbia bisogno anch'esso di una revisione, basti pensare che il Piano Sanitario attualmente pubblicato sul sito internet di A.Li.Sa. è stato approvato il 30 settembre 2009 con deliberazione n.22 e riguarda, appunto, il Piano Socio Sanitario Regionale 2009 -2011.*

*Con un emendamento, dunque, abbiamo pensato così di inserire in questa Legge, quale funzione regionale, la stesura di un Piano Triennale, che possa dunque essere costantemente aggiornato e revisionato ogni 3 anni, e che contempra i Bisogni Sociali, Sanitari e Socio-Sanitari della popolazione ligure.*

*Un piano che possa essere redatto in conformità a quanto analizzato ed elaborato attraverso l'applicazione del Piano Socio Sanitario previsto e normato dall'Articolo 5 della Legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41.*

*Un piano che possa innanzitutto scattare una fotografia sui servizi e sulle strutture sociali, sanitarie e sociosanitarie, pubbliche o private, autorizzate o accreditate e che offrono servizi sul territorio ligure.*

*Un piano che, in base ad uno studio economico, sociale, demografico (per esempio: in relazione all'età, sempre più crescente della nostra popolazione, e dunque alle patologie croniche ad essa collegate, oltre alle conseguenti difficoltà negli spostamenti e agli aspetti economico-sociali che intervengono) e al quadro epidemiologico e statistico, appunto, possa offrire uno strumento di programmazione sanitario sulle strutture, i servizi erogati e sui bisogni dei cittadini nella Regione e sui singoli territori.*

*Con tali finalità abbiamo incluso questo strumento di programmazione all'interno Disegno di Legge in oggetto proprio per strutturare il panorama delle offerte disponibili ed esistenti e da queste partire, revisionando la programmazione su base triennale, anche in considerazione del mutare, nel tempo, dell'offerta disponibile in relazione alla domanda e che deve essere registrata e considerata proprio per costruire un sistema efficiente di servizi e strutture, bene organizzate sul territorio e che sappiano assolvere ai bisogni, diversi, della nostra popolazione.*

*Un piano utile al fine di procedere con autorizzazioni ed accreditamenti sulla base di obiettivi chiari, precisi e incardinati in un quadro che possa essere sostenibile sia dal punto di vista economico che, soprattutto, dal punto di vista organizzativo.*

*Manuale per l'accreditamento Istituzionale*

*Altro strumento che abbiamo pensato di normare e di inserire in Legge, in modo che venga redatto e pubblicato, è rappresentato dal Manuale per l'Accreditamento Istituzionale della attività Sanitarie e Socio Sanitarie.*

*Strumento, questo, oggi presente, certamente, e redatto ai sensi del DPR 14 Gennaio 1997 e della L.R. 30 Luglio 1999 n.20 (Legge che all'entrata in vigore dell'articolato oggetto di discussione oggi verrà abrogata) ma che è disponibile nell'ultima versione aggiornata in tempi sicuramente per nulla recenti (2012).*

*Il Manuale per l'Accreditamento Istituzionale della attività Sanitarie e Socio Sanitarie dovrebbe fornire le linee guida e i requisiti necessari, a nostro avviso proprio in linea con le finalità inserite nel primo articolo, comma 3, del testo oggetto di discussione, non solo per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie e dei servizi sanitari ma anche, e soprattutto, per la verifica di uno standard qualitativo che possa essere quanto più elevato possibile, corrispondente ai bisogni della popolazione e standardizzato a vantaggio degli utenti ma anche degli stessi operatori e nel rispetto di quell'omogeneità territoriale tanto inseguita sin dal primo blocco di riforma sanitaria di questa Legislatura.*

*Un Manuale, da aggiornare su base triennale, che contiene parametri oggettivi di valutazione e di indirizzo che può essere utilizzato dall'Organismo Tecnicamente Accreditante per la verifica dei requisiti di accreditamento ma anche dai gestori e dalle direzioni delle strutture stesse anche nell'ottica di una autovalutazione e di una verifica consapevole.*

*Le persone, sono al centro della nostra azione emendativa sotto tutti i punti di vista:*

- 1. nell'elenco delle strutture accreditate quando oltre a rilevare il numero degli accessi alle prestazioni disponibili e alle liste di attesa per tali accessi ci premuriamo di tenere aggiornati, su base trimestrale, tali dati. In modo che tali dati, aggiornati frequentemente, possano essere a disposizione degli utenti;*
- 2. negli accordi con i soggetti pubblici ed equiparati quando stabiliamo che gli accordi stipulati da A.Li.Sa. con i soggetti erogatori pubblici ed equiparati debbano avvenire non solo in base al mero dato economico ma anche e soprattutto nel rispetto della qualità del servizio e delle necessità di cura di ciascun paziente;*
- 3. nei contratti con i soggetti privati accreditati quando diciamo che i contratti debbano prevedere almeno la garanzia della copertura dei costi derivanti dal rinnovo dei Contratti Nazionali del Lavoro ma anche i costi relativi all'idonea formazione del personale impiegato e prevediamo persino specifiche clausole penali, conseguenti alla violazione dei livelli qualitativi delle prestazioni, anche in relazione alla mancata attività di formazione e di aggiornamento professionale del personale stesso;*
- 4. sulla questione dei tecnici verificatori quando parliamo sia dei requisiti professionali, da osservare e definire esplicitamente, ma anche quando parliamo delle modalità di formazione degli stessi;*
- 5. sulla questione della vigilanza sulle strutture autorizzate e accreditate quando oltre alla segnalazione motivata dei singoli utenti aggiungiamo la possibilità che la segnalazione parta da associazioni o organizzazioni riconosciute... e mi viene in mente ad esempio il Tribunale del Malato, nato da una iniziativa di Cittadinanza attiva al fine di tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario.*

*In conclusione, ciò che abbiamo ravvisato è un testo piuttosto scarno, lacunoso e generico, dove tutto ciò che ha un reale impatto sulla realtà è demandato ad una fase successiva all'approvazione di questo D.D.L., di cui oggi certamente non possiamo discutere, basti pensare al fatto che persino il dettaglio delle tipologie di strutture sommariamente riportate nell'Articolo 2.*

*Ma soprattutto tutto è nelle mani della Giunta Regionale coadiuvata dal suo braccio operativo, A.Li.Sa., e senza che ci sia alcuna possibilità di intervento o di correzione da parte del Consiglio e della Commissione consiliare competente.*

*Un testo che riforma autorizzazioni e accreditamenti, con tanto di sistemi di controllo, di verifica e di applicazione delle sanzioni, ma che non ha la sensibilità di guardare a ciò che sarebbe realmente utile e fondamentale al fine di soddisfare, nel modo più appropriato possibile, domanda e offerta: la programmazione sanitaria dei servizi e delle strutture sociali, sanitarie e socio sanitarie presenti sul territorio o da implementare anche e soprattutto sulla base dell'analisi e degli obiettivi derivanti dal Piano Sanitario (oggi, ripeto, vetusto) ai sensi dell'Articolo 5 della Legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41.*

*Un testo che non si focalizza, purtroppo, sulla questione più importante sotto il profilo socio sanitario: la Persona.*

*La persona, appunto, e in relazione ad essa:*

- *la qualità del servizio erogato al paziente, verificabile e controllabile in modo oggettivo, anche attraverso uno strumento redatto e frequentemente aggiornato come il Manuale di Autorizzazione e Accreditamento;*
- *la qualità del lavoro degli operatori impiegati e che passa, inevitabilmente, attraverso il rispetto dei Contratti Nazionali del Lavoro e dunque degli aumenti spettanti, derivanti dal rinnovo contrattuale stesso, e la garanzia di una adeguata formazione e della presenza di spazi di aggiornamento professionale.*

*Relazione di minoranza(Consigliere Melis A.)*

*Il presente disegno di legge si pone quale presunta soluzione per un riordino dei processi autorizzativi dalla differenziazione e separazione degli stessi, di accreditamento nonché delle attività di vigilanza e di controllo, relativamente alle prestazioni erogate dalle strutture sociali, socio-sanitarie e sanitarie.*

*Le suddette criticità, però, non appaiono superate, atteso che i processi autorizzativi e di accreditamento si presentano tutt'ora farraginosi e lacunosi.*

*Ciò premesso, occorre preliminarmente analizzare, sotto il profilo tecnico, le vigenti leggi regionali in materia, con particolare riguardo ai soggetti intervenienti nelle diverse fasi procedurali che conducono all'adozione del provvedimento finale di autorizzazione e/o accreditamento.*

*Le leggi regionali nr. 12/2006 e 20/1999 (rispettivamente emendata la prima e oggetto di abrogazione la seconda da parte del d.d.l. n. 141), disciplinano l'iter per il rilascio, a favore delle strutture sociali, sanitarie e sociosanitarie, delle autorizzazioni il cui possesso è necessario qualora si ricada nelle ipotesi di nuova costruzione, esercizio di attività, adattamento di strutture già esistenti e diverso utilizzo, ampliamento, trasformazione e cambiamento di sede delle strutture medesime.*

*Acquisita l'autorizzazione, ciascuna struttura è poi libera di presentare domanda di accreditamento ai sensi della l.r. n. 20/1999 e, pertanto, erogare in particolare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del S.S.R. nel rispetto LEA definiti a livello nazionale.*

*L'articolo 43 della legge regionale n. 12/2006, prevede - al netto delle modifiche oggi apportate - che per il funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private che erogano prestazioni sociali (di cui alla medesima legge regionale) e sociosanitarie (di cui all'articolo 2 della l.r. n. 20/1999) sia necessaria l'acquisizione da parte del Comune di ubicazione della struttura di apposita autorizzazione.*

*A tale scopo il Comune si avvaleva della c.d. "commissione multidisciplinare", costituita nell'ambito delle Conferenze dei Sindaci di ciascuna ASL e composta da operatori con professionalità sanitarie, sociali e tecniche.*

*Contestualmente, la legge regionale n. 20/1999, nel disciplinare l'iter autorizzativo delle strutture sanitarie e sociosanitarie (comprese le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno) per le ipotesi di nuova costruzione, esercizio di attività, adattamento di strutture già esistenti e diverso utilizzo, ampliamento, trasformazione e cambiamento di sede delle medesime, individua la "commissione per l'autorizzazione", quale organo competente alla verifica del possesso dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi.*

*Ciò ha determinato, nel tempo, un'antinomia tra norme, derivante dal fatto che, le strutture residenziali e semiresidenziali che erogavano prestazioni sociosanitarie, cadevano tanto sotto la disciplina della legge n. 12/2006 quanto sotto quella dettata dalla l.r. n. 20/1999.*

*Pertanto, era dubbio se nell'iter preordinato al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività socio-sanitaria da parte delle strutture residenziali e semiresidenziali, dovesse intervenire la commissione per l'autorizzazione di cui all'articolo 5 della l.r. n. 20/1999 ovvero la commissione multidisciplinare di cui all'articolo 43 comma 4 della l.r. n. 12/2006.*

*Sotto tale profilo, può dirsi che il disegno di legge oggi in discussione riduce l'indeterminatezza e la contraddittorietà delle norme oggetto di modifica.*

Ciò detto, appare utile confrontare la disciplina vigente con le modifiche derivanti dall'eventuale approvazione del disegno di legge oggi in discussione.

La legge regionale n. 20/1999, nel dettare norme in materia di autorizzazione per i presidi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, dispone, all'articolo 3 c. 1 e 2 quanto segue:

- "1. Le strutture di cui all'articolo 2 sono soggette all'autorizzazione del Comune di ubicazione, nel caso di nuova costruzione, esercizio di attività, adattamento di strutture già esistenti e diverso utilizzo, ampliamento, trasformazione e cambiamento di sede;"
- "2. Il Comune adotta i provvedimenti di competenza entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, previa verifica di compatibilità del progetto presentato, effettuata dalla Regione, ai sensi della vigente normativa, nonché sulla base del parere espresso dalla Commissione per l'autorizzazione secondo le procedure stabilite dall'articolo 5."

In altri termini, la Regione e la Commissione per l'autorizzazione provvedono rispettivamente alla verifica di compatibilità del progetto presentato ed all'espressione del prescritto parere, entro 45 dalla presentazione della domanda.

Il provvedimento conclusivo del Comune è poi comunicato alla Regione e all'Azienda ASL competente per territorio.

A differenza della disciplina sopra descritta, il disegno di legge oggi in discussione, nel dettare norme in materia di autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, pone una netta distinzione tra realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie da un lato ed esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali dall'altro.

Stante la nuova disciplina di cui agli articoli 4 e 5 del d.d.l. n. 141, emerge che l'esercizio delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali è subordinato all'autorizzazione secondo le modalità di cui all'articolo 5.

L'istanza per il rilascio dell'autorizzazione è presentata al Comune interessato che entro 90 giorni provvede al rilascio o al diniego dell'autorizzazione.

Il Comune, entro 10 giorni dal ricevimento, inoltra l'istanza ad A.Li.Sa. che provvede all'istruttoria tecnica nei successivi 60 giorni effettuando un sopralluogo presso la struttura.

A.Li.Sa. nell'ambito dell'istruttoria tecnica accerta il possesso dei requisiti tecnici, organizzativi e strutturali che, in precedenza, erano verificati dalla "Commissione per l'Autorizzazione".

Ciò detto, nell'ambito del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali non è dato sapere se gli esiti dell'istruttoria di A.Li.Sa. siano vincolanti o meno per il Comune ai fini del rilascio dell'autorizzazione omonima.

Contestualmente, ma del tutto distintamente rispetto all'iter autorizzatorio di cui all'articolo 5 previsto per l'esercizio delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, gli articoli 4 e 6 del disegno di legge oggi in discussione disciplinano due diversi e contraddistinti regimi, rispettivamente per le ipotesi di realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie (escluse quelle sociali) e di adattamento di strutture già esistenti, la loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione e cambiamento di sede di strutture sanitarie e sociosanitarie (escluse quelle sociali) già autorizzate.

Con riferimento al primo regime, afferente la realizzazione di nuove strutture sanitarie o sociosanitarie, l'articolo 4 c.2 prevede che A.Li.Sa. esprima il parere di compatibilità del progetto di cui al comma 3, articolo 8 ter, del D.Lgs. n. 502/1992, sulla base della programmazione sociosanitaria regionale in rapporto al fabbisogno complessivo regionale e della localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale.

Le modalità e i termini di presentazione della domanda ad A.Li.Sa. e di rilascio del parere di compatibilità, da parte di A.Li.Sa., al Comune di competenza, non sono disciplinati dal presente disegno di legge né, tantomeno, può ritenersi implicitamente che tale istanza sia da inoltrare secondo le tempistiche di cui all'articolo 5 del d.d.l. n. 141, ossia, quelle che disciplinano la domanda di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali.

*Infatti, ciò non pare essere una soluzione accettabile, tenendo conto che la verifica regionale di compatibilità del progetto di realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie (ex art. 8 ter, D.Lgs. n. 502/1992), introduce un subprocedimento nell'ambito del complesso procedimento per il rilascio della concessione edilizia per la realizzazione o l'ampliamento di una struttura sanitaria, il quale si caratterizza per il fatto che la Regione è tenuta ad esprimersi non sulla conformità urbanistico-edilizia dell'intervento (che spetta al Comune), ma sulla compatibilità e coerenza con le esigenze poste dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria ospedaliera, in funzione di un duplice parametro valutativo costituito dal fabbisogno complessivo e dalla localizzazione territoriale in relazione alla presenza e diffusione di altre strutture sanitarie presenti in ambito regionale, anche in vista di una migliore accessibilità ai detti servizi.*

*Ne consegue che, venendo espressa, la verifica regionale di compatibilità, per profili distinti dalla conformità urbanistico-edilizia valutata dal Comune, essa si sostanzia in una valutazione che tiene conto del fabbisogno complessivo e della localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, per cui deve intervenire in via prioritaria o contestuale rispetto al procedimento di autorizzazione comunale, anche per evitare che un operatore privato realizzi una struttura che, successivamente, la Regione ritenga non compatibile.*

*Per quanto attiene al regime inerente le ipotesi di adattamento di strutture (sanitarie e sociosanitarie) già esistenti, loro diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione e cambiamento di sede delle medesime, l'articolo 6 comma 5 del disegno di legge n. 141 introduce una disciplina diversificata, che tocca peraltro anche "l'apertura di nuove strutture", stabilendo che:*

*"5. Nei casi di autorizzazione all'apertura di nuove strutture e di autorizzazione alla trasformazione o all'ampliamento di strutture già autorizzate, A.Li.Sa esamina i progetti sotto il profilo organizzativo e funzionale, effettua un sopralluogo presso la struttura per valutare gli aspetti strutturali e tecnologici ed esprime le valutazioni tecniche di competenza per il rilascio o diniego dell'autorizzazione richiesta trasmettendole al Comune. Sulla base di tali valutazioni il Comune rilascia o nega l'autorizzazione richiesta".*

*Detto in altri termini, la prospettazione di questo regime autorizzatorio alternativo, pensato per le ipotesi di nuova apertura, trasformazione o ampliamento di strutture già autorizzate, pare includere le valutazioni tanto di cui al comma 3 dell'articolo 4 (che introduce il c.d. parere di compatibilità del progetto) quanto quelle di cui al comma 4 dell'articolo 5 (che introduce l'istruttoria tecnica volta ad accertare il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi) salvo non specificare nuovamente le tempistiche.*

*In realtà, l'esame dei progetti sotto il profilo organizzativo e funzionale di cui all'articolo 6 comma 5, non comporta l'adozione da parte di A.Li.Sa, sotto il profilo formale, di un vero e proprio parere di compatibilità alla stregua di quello richiesto ai sensi dell'articolo 4 comma 2 del presente disegno di legge che, come già evidenziato, si presenta come subprocedimento nell'ambito del più ampio e complesso procedimento di rilascio della concessione edilizia comunale.*

*Sempre A.Li.Sa., ai sensi del comma 5 dell'articolo 6 - e, quindi, con riferimento all'apertura di nuove strutture ovvero trasformazione e/o ampliamento di strutture già autorizzate - "esprime le valutazioni tecniche di competenza per il rilascio o diniego dell'autorizzazione richiesta trasmettendole al Comune".*

*In questo contesto pare delinearsi una lacuna nella parte in cui non è dato sapere i termini entro cui A.Li.Sa. è chiamata a pronunciarsi sulla domanda di nuova apertura o ampliamento/trasformazione di strutture già autorizzate, salvo implicito rinvio all'iter autorizzatorio per l'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di cui all'articolo 5.*

*Infine, il comma 5 dell'articolo 6 conclude disponendo che "Sulla base di tali valutazioni il Comune rilascia o nega l'autorizzazione richiesta".*

*È evidente che una siffatta formulazione sembra legare il rilascio o meno dell'autorizzazione da parte del Comune all'esito negativo o positivo delle valutazioni tecniche di A.Li.Sa.*

*In questa logica sarebbe opportuno emendare la norma introducendo la locuzione “non vincolanti” con riferimento alle valutazioni di A.Li.Sa.*

*Le stesse valutazioni tecniche di A.Li.Sa. dovrebbero essere adeguatamente motivate nel rispetto dell'articolo 3 della Legge n. 241/1990!*

*Peraltro, è da escludere che possa adombrarsi la necessità di specificare il carattere non vincolante di un parere asserendo che nel nostro ordinamento i pareri non siano mai vincolanti.*

*Infatti non sono nuove nella legislazione italiana le fattispecie di parere vincolante!*

*Si pensi, ad esempio, al parere paesistico-ambientale rilasciato dalla Soprintendenza Belle Arti e Paesaggio della Liguria che, ai sensi dell'articolo 146 c. 5 del d.lgs. n. 42/2004 (Codice dei Beni Culturali), ha forza vincolante rispetto al provvedimento finale della Regione (o dell'Ente sub-delegato, rectius, il Comune) che nell'adottare l'Autorizzazione Paesaggistica non può disattendere il parere della Soprintendenza ancorché questo sia da considerare atto procedimentale con funzione consultiva!*

*Ne consegue che qualificare le valutazioni tecniche così come il parere di compatibilità del progetto di cui all'articolo 4 c. 2 come non vincolanti sia necessario per evitare situazioni di ambiguità ovvero interpretazioni borderline.*

*Quanto, invece, alle competenze in materia di vigilanza sul sistema autorizzatorio possiamo osservare quanto segue.*

*Ai sensi della l.r. 20/1999 la vigilanza sul perdurare del possesso dei requisiti dei presidi sanitari e socio-sanitari autorizzati spetta ai Comuni per il mezzo della Commissione per l'Autorizzazione.*

*Il d.d.l. n. 141, invece, nell'abrogare la l.r. n. 20/1999, ha contestualmente attribuito ad A.Li.Sa. la vigilanza prima spettante alla Commissione per l'Autorizzazione estendendo la stessa anche alle strutture sociali.*

*Infatti, l'articolo 14 comma 1 del disegno di legge rubricato “vigilanza sulle strutture autorizzate” ha attribuito ad A.Li.Sa. la vigilanza delle strutture di cui all'articolo 2 del disegno di legge medesimo (articolo 2 che comprende anche le strutture sociali).*

*Nel dettaglio, A.Li.Sa. provvede con cadenza almeno biennale alle verifiche, anche su segnalazione dei Comuni o degli utenti.*

*Contestualmente, l'articolo 45 della legge regionale n. 12/2006, non emendato dal presente disegno di legge, attribuisce ai Comuni le funzioni sociali e amministrative in materia di vigilanza e controllo sui servizi e le strutture sociali, sociosanitarie e socio educative. Pare quindi manifestarsi una potenziale sovrapposizione di competenze dai risultati incerti, o dalle dubbie interpretazione.*

*Quanto alle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie, e sociosanitarie occorre evidenziare quanto segue.*

*L'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, stante la normativa vigente (l.r. n. 20/1999) è concesso dalla Regione per il tramite dell'Agenzia Regionale Sanitaria.*

*Per la verifica dei requisiti, l'ARS si avvale di tecnici delle aziende sanitarie, dell'ARPAL e dei Comuni. L'accreditamento non obbliga in alcun modo la Regione a remunerare le prestazioni erogate da parte delle strutture se non previo accordo o contratto stipulato con le stesse.*

*Diversamente l'accreditamento delle strutture sociali - ai sensi dell'articolo 11 della l. n. 328/2000 - è rilasciato dai Comuni previa acquisizione dell'istruttoria svolta dall'ARS ex articolo 13 della l.r. n. 20/1999.*

*Per comprendere meglio il processo di accreditamento che permette alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, a seguito della stipula di accordi o contratti con la Regione, di erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie in nome del SSR nel rispetto dei LEA stabiliti dal Governo occorre richiamare il Preambolo dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 19 febbraio 2015 disciplinante il c.d. processo di accreditamento.*

*Questo si articola in tre fasi:*

*1) Istruttoria Amministrativa*

- *Verifica della completezza della domanda*
- *Verifica della compatibilità con la programmazione regionale;*
- *Verifica della rispondenza ai requisiti soggettivi;*
- *Verifica del possesso della/delle autorizzazioni.*

2) *Istruttoria Tecnica*

- *Verifica del possesso dei requisiti di Accreditemento*

3) *Conclusione*

- *Adozione del provvedimento conclusivo di accreditemento/diniego a carico dell'Ente Regione.*

*La fase del processo che deve essere affidata all'organismo tecnicamente accreditemente è quella dell'istruttoria tecnica che comprende la verifica del possesso dei requisiti di accreditemento.*

*Sulla base delle innovazioni che emergono dall'odierno disegno di legge, l'accreditemento istituzionale per le strutture sanitarie e socio-sanitarie è rilasciato dalla Regione.*

*La domanda va presentata all'O.T.A. - operante presso A.Li.Sa. - che provvede all'accertamento della sussistenza dei requisiti.*

*L'O.T.A. si avvale ai fini dell'istruttoria di personale del S.S.R. e dei Comuni iscritto nell'elenco regionale dei tecnici verificatori.*

*L'O.T.A. - per il tramite di A.Li.Sa. - trasmette gli esiti dell'istruttoria alla Regione entro 150 giorni dal ricevimento della domanda.*

*La Regione, nei 30 giorni successivi, rilascia l'accreditemento istituzionale o rigetta l'istanza.*

*La struttura, nel corso del quinquennio di validità dell'accreditemento, è tenuta annualmente ad autocertificare all'O.T.A. il mantenimento dei requisiti di accreditemento.*

*L'O.T.A. può svolgere verifiche intermedie.*

*Con riferimento all'Organismo Tecnicamente Accreditemente è opportuno domandarsi se e quanto questo sia effettivamente un Organismo imparziale con la doverosa premessa che l'OTA nasce su impulso della Conferenza Stato Regioni già nel 2012 e viene recepito nell'Ottobre 2015 con una determinazione di A.R.S. (ora A.Li.Sa), quindi di fatto già esistente, viene previsto in legge attraverso il disegno di legge ora in discussione.*

*Prima di tutto è utile osservare che , l'O.T.A., ai sensi, appunto, della Determinazione A.R.S. n. 84 del 21.10.2015, è un Organismo composto da un settore tecnico, da un settore amministrativo interno e da un settore tecnico esterno - trattasi dei i c.d. verificatori esterni iscritti all'albo di cui all'articolo 10 comma 4 lett. a) e b).*

*L'O.T.A., ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del d.d.l. n. 141, svolge le proprie funzioni garantendo autonomia e assenza di conflitto d'interessi, operando nel rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e terzietà nei confronti della Regione e nei confronti delle strutture pubbliche e private oggetto di valutazione.*

*Ciò detto si osserva che A.Li.Sa. - secondo quanto stabilito dall'articolo 10 comma 4 del presente disegno di legge - è deputata a definire le modalità per la costituzione dell'elenco regionale dei tecnici verificatori, nonché il numero e i requisiti dei verificatori stessi.*

*Ancora, ai sensi dell'articolo 1 comma 4 della legge regionale 20 luglio 2016, n. 17, "L'Azienda (A.Li.Sa.) opera sulla base di linee di indirizzo emanate dalla Giunta regionale.*

*Dalle suesposte osservazioni, è incontrovertibile che sul piano formale, non si possa parlare - quantomeno a livello potenziale - di imparzialità e terzietà dell'O.T.A. rispetto alla Regione.*

*Beninteso, siamo sicuri che, nel concreto, l'imparzialità e la terzietà dei tecnici verificatori esterni rispetto alla Regione sia sempre stata garantita dall'operato diligente e professionale dell'A.R.S. prima, e da A.Li.Sa. poi.*

*Nessuna critica vuol essere mossa all'operato dei componenti di A.Li.Sa. quanto, piuttosto, si vuole sottolineare un cortocircuito del sistema che, di fatto, è presente senza una adeguata formulazione della composizione degli albi e dei criteri per accedervi.*

*Sempre in materia di accreditamento è utile osservare che l'O.T.A. non è deputata all'accreditamento delle strutture sociali.*

*L'accreditamento delle strutture sociali è rilasciato dai Comuni previa acquisizione delle valutazioni di A.Li.Sa. (ex art. 19 c. 4 del d.d.l. n. 141, modificativo dell'articolo 48 della l.r. n. 12/2006).*

*Sotto tale profilo, si rileva che non è dato sapere in cosa consistano tali valutazioni di A.Li.Sa. né, se l'acquisizione di queste segua l'iter procedurale e le tempistiche per il rilascio dell'autorizzazione di cui all'articolo 5 del d.d.l. 141, ovvero, altre modalità, pertanto, è lecito porsi il seguente quesito: a quale ente le strutture sociali devono presentare la domanda per l'accreditamento?*

*Ciò non è dato saperlo - quantomeno dalla piana lettura del dettato legislativo - anche se a rigor di logica si presume al Comune che poi chiede ad A.Li.Sa. la valutazione dei requisiti per l'esercizio delle strutture sociali.*

*Anche qui, peraltro, non emerge la natura delle valutazioni di A.Li.Sa., ovvero se queste siano vincolanti o meno.*

*Il passaggio successivo all'accreditamento, come già abbiamo avuto modo di osservare, consiste nella stipula di contratti o accordi tra la Regione - tramite la committente A.Li.Sa. ai sensi dell'articolo 3 comma 2 della l.r. n. 17/2016 - , l'Asl di ubicazione della struttura in qualità di parte contraente e responsabile per la gestione operativa del contratto e il soggetto erogatore pubblico o privato accreditato.*

*Nel quadro dei contratti e accordi stipulati, di grande rilevanza è la predeterminazione dei c.d. minutaggi "minimi", ossia, dei minuti che il personale medico e sanitario abilitato all'interno della struttura dedica al paziente ogni giorno.*

*La definizione dei minutaggi è direttamente dipendente dai budget annuali che le strutture - in questo caso sociosanitarie - ricevono su base contrattuale dal servizio sanitario regionale.*

*Perciò, quando si tratta di minutaggi, inevitabilmente si finisce per affrontare il tema inerente il contenimento della spesa pubblica che deve, comunque, essere controbilanciato dall'esigenza di garantire il rispetto dei principi di efficace risposta agli effettivi bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione assistita, di qualità e appropriatezza delle prestazioni, della libertà di scelta del cittadino e dell'equità di accesso ai servizi.*

*Nel perseguimento delle politiche di contenimento della spesa, A.Li.Sa. ha proposto, in campo sociosanitario, il meccanismo della c.d. regressione tariffaria.*

*Ciò è espressione di quanto preventivato nella DGR n. 229/2017, ove è stata annunciata la riduzione delle tariffe per i pazienti dell'area delle disabilità e della psichiatria che hanno superato i 65 anni di età, da conseguire tramite una revisione degli standard assistenziali.*

*La suddetta riduzione delle tariffe a carico dell'utenza, però, ha effetti diretti, come espressamente riportato dalla DGR n. 229/2017, sugli standard assistenziali.*

*Ciò significa che le strutture sociosanitarie dovranno garantire la riduzione delle tariffe percependo dal servizio sanitario regionale il medesimo budget che le era stato assegnato per l'anno 2016.*

*Peraltro, a parità di budget, è chiesto alle strutture sociosanitarie non solo di ridurre le tariffe per i pazienti dell'area delle disabilità e della psichiatria che hanno superato i 65 anni di età, ma altresì di incrementare il numero delle prestazioni erogate dalle strutture sociosanitarie.*

*La soluzione, come detto, è data dalla stessa DGR n. 229/2017, ossia, rivedere gli standard assistenziali!*

*Pertanto, la nostra preoccupazione è che tale meccanismo si ripercuota sul servizio offerto ai pazienti.*

*Infatti, ciò potrebbe comportare ricadute in termini di piante organiche e di organizzazione del lavoro e, di conseguenza, una riduzione dei c.d. minutaggi minimi riservati, su base giornaliera, a ciascun paziente, ossia, dei minuti che il personale medico e sanitario abilitato all'interno della struttura dedica al paziente stesso ogni giorno. Di fatto la compressione delle tariffe se non adeguatamente controbilanciata a favore dei*



*ricoverati risulta potenzialmente dannosa perché non entra nel merito sia della patologia sulla quale ci può essere una revisione della prestazione sanitaria se tale non compromette la qualità dell'assistenza erogata, sia dell'età che non può, per legge, prevedere che a 65 anni sia cambiata la cura di un paziente se il prospetto medico prevede tutt'altro.*

*Ovvero non si può per legge pretendere di curare più o meno un over 65: un principio grave che benché il disegno di legge non tocchi direttamente ne rappresenta sicuramente una diretta conseguenza.*

*Nel contesto della legge oggi in discussione, un aspetto interessante riguarda l'alternativa tra assistenza sociosanitaria in strutture pubbliche/private e le cure domiciliari.*

*In proposito, l'articolo 2 del d.d.l. n. 141, stabilisce che "le disposizioni della presente legge si applicano: g) alle attività di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.).".*

*Contestualmente, l'articolo 1 c. 3 del d.d.l. n. 141, sancisce alla lett. b) che la presente legge persegue, tra le altre finalità, quella di garantire la libertà di scelta da parte degli assistiti.*

*Ed è proprio dal combinato disposto delle due disposizioni sopra richiamate che nasce la necessità di assicurare ai cittadini la possibilità di scegliere tra l'essere assistiti in strutture pubbliche/private che erogano prestazioni sociosanitarie ovvero l'alternativa, ove possibile con i piani terapeutici, di essere assistiti direttamente al proprio domicilio, nella piena attuazione della libera scelta nel rispetto delle condizioni di salute.*

*Ciò permetterebbe, in particolari casi, di perseguire una duplice finalità, da un lato quella di garantire una maggior indipendenza e qualità di vita al paziente, dall'altro di conseguire una riduzione della spesa pubblica.*

*La possibilità sopra avanzata è fuor di dubbio praticabile solo per la cura di mirate patologie che non richiedano l'assistenza h 24 di personale medico e/o infermieristico.*

*Pertanto, l'invito è di rendere effettiva la libertà di scelta in tutte le sue forme, ove possibile, muovendo dal presupposto che per specifiche situazioni, le cure domiciliari possa essere una valida alternativa all'assistenza prestata in strutture sociosanitarie pubbliche e private oltre che una potenziale riduzione della spesa pubblica laddove si riscontrino, attraverso opportuni meccanismi di controllo, che il costo di un paziente presso il proprio domicilio, opportunamente assistito, sia inferiore al costo sostenuto all'interno di una struttura.*

*Al netto quindi delle osservazioni fin qui riportate, nell'avvicinarsi alla conclusione del nostro ragionamento, ci sono delle riflessioni conclusive su cui vorremo soffermarci. Innanzitutto il principio, pur condivisibile, dell'aver nella Regione un soggetto che sovrintende all'erogazione di prestazioni che ruotano intorno al concetto di salute appare condivisibile. Non possiamo però far notare che già la normativa vigente, ad esempio in materia di autorizzazioni, prevede per legge regionale che vi sia una comunicazione alla Regione appunto di nuove strutture autorizzate: se da un lato viene segnalato che tale iter non funzionava e che non vi era un reale controllo, eppur vero che nulla è garantito altrettanto nella nuova formulazione del DDL che vede Alisa anziché Regione coinvolta. Altrettanto discutibile è il peso che assume la stessa Alisa in tutti i procedimenti autorizzativi in ambito "sociale" che vedono i Comuni come soggetti responsabili salvo non comprendere se l'intervento di Alisa sia o non sia vincolante, lasciando spazi interpretativi che di volta in volta potrebbero creare pericolose visioni soggettive di coloro che hanno o non hanno titolo per avviare una attività.*

*Inoltre, come già fatto cenno, benché non sia parte integrante del provvedimento, ci sono almeno 2 elementi fondamentali senza i quali, in veste di minoranza, non possiamo dare un giudizio esaustivo, riferendoci in particolar modo al Manuale di Accreditamento e il nuovo contratto tipo per i soggetti che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie.*

*Il termine Accreditamento è stato inserito nella normativa italiana con il D.L.vo 502/92. Questo ha introdotto, assieme al concetto della necessità per tutte le strutture pubbliche e private del possesso di una serie minima di requisiti considerati indispensabili per esercitare l'attività sanitaria, anche quello della necessità, per esercitare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), del possesso di ulteriori requisiti essenziali per assicurare un più elevato standard nella erogazione dei servizi sanitari. La Giunta ha dichiarato che è prossima una revisione del manuale che disciplina questo processo e che di fatto rappresenta il vero punto cruciale con cui sono definiti i requisiti per i soggetti che si vogliono accreditare e che di fatto non è tutt'oggi disponibile, demandato quindi ad un passaggio successivo e che impedisce una discussione completa sulla materia che questo stesso disegno di legge si pone di trattare.*

*Si aprono poi scenari quantomeno foschi se alle modalità di accreditamento si affiancano le richieste di adeguamenti strutturali, il caso di specie viene rappresentato dal mandato esplorativo di Alisa per affidare tramite concessioni traslative a soggetti privati 3 ospedali quali Albenga, Cairo Montenotte e Bordighera. Ebbene nel caso andasse a termine, qualora negli ospedali vi fossero adeguamenti strutturali necessari per l'accreditamento, quale soggetto se ne dovrebbe far carico dal punto di vista economico? L'Ente pubblico, ASL o Regione che sia, o il soggetto privato cui viene affidato l'ospedale?*

*Per quanto concerne lo schema contrattuale di regressione tariffaria non è pensabile applicarlo senza adeguate contromisure di compensazione che evitino fin da subito che le strutture, compresse verso il basso da tariffe ridotte sugli over 65 e nei casi previsti di supero budget, secondo i criteri già citati, recuperino la riduzione del proprio margine sulla qualità del servizio.*

*Ne discende un'ulteriore elemento di riflessione sintetizzabile nei "minutaggi", ovvero delle prestazioni Residenziali e Semiresidenziali di cui viene fatto generico richiamo nel d.lgs. n. 502/92 che sono note in varie sigle come RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc dove il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione. E vista la particolare condizioni in cui versano i pazienti, la prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.*

*Questo insieme viene disciplinato oggi da diverse delibere di Giunta che stabiliscono il tempo medio erogato per ogni paziente e gli specialisti coinvolti per ogni patologia. E' chiaro che su questi standard le strutture stimano il preventivo di costi a paziente e calcolano il proprio margine di profitto ma è altrettanto chiaro che questi rappresentano anche la misura, quantomeno oggettiva, di prestazioni erogate. Pensare aprioristicamente che compiuti i 65 anni si debbano ridurre, senza entrare nel merito del singolo paziente è un approccio sbagliato.*

*Ma anche in questo caso annesso al provvedimento in questione non vi è traccia di spunti che rassicurino sugli standard di qualità richiesti.*

*Quanto emerge è un quadro dove seppur vi siano alcuni elementi condivisibili, nei controlli previsti, nell'azione di monitoraggio centralizzato attraverso Alisa, pur da noi criticata non tanto per la sua funzione quanto per la sua struttura, rileviamo come i temi più sensibili di fatto fuoriescano dal disegno di legge in sé e ne siano conseguenza attraverso atti di Giunta che non possiamo né governare né condividere, lasciando quindi spazio a molti, troppi dubbi.*

*Relazione di minoranza (Consigliere Rossetti S.)*

*Dopo roboanti annunci il DDL 141 "Norme in materia di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali pubbliche e private" presenta nel suo insieme elementi destabilizzanti del quadro normativo - regolamentare e tariffario dell'intero sistema socio sanitario regionale.*

*Con la sua approvazione si apre infatti una stagione di incertezza voluta dalla Giunta Regionale che non potendo presentare un quadro di riforma completo del sistema regionale produce atti apparentemente scollegati tra loro, col classico metodo del carciofo, sfoglia foglia per foglia senza chiarire quali sono gli obiettivi e l'approccio complessivo del sistema. Alla fine non rimarrà nulla, ma l'impressione è proprio quella di voler arrivare a tale risultato senza affrontare una discussione trasparente e complessiva sul futuro sistema di cura e di prevenzione sanitaria.*

*Abbiamo inutilmente richiesto che il tema fosse discusso in modo completo: la legge che definisce i principi complessivi oggetto del DDL, il manuale di accreditamento che definisce regole e governo del sistema e le delibere di attuazione operativa e tariffaria del sistema. Anche l'OTA appare ad esclusiva costituzione pubblica, con una riserva mentale e culturale per cui il professionista esprime competenze diverse se opera nel pubblico o nel privato. Strano per una regione che scimmietta in tutte le occasioni il sistema lombardo.*

*Inutili sono le nostre richieste di avere gli atti predisposti dagli uffici e da Alisa, via via ci vediamo sciornare atti che hanno lo scopo di mettere in difficoltà le attuali aziende, profit e non, pubbliche e private, risparmiare sulle tariffe senza dare risposte alle liste di attesa di RSA per anziani, strutture per malati psichiatrici e per le dipendenze, attività di riabilitazione e diurne per i disabili.*

*Con questa proposta il sistema dell'accreditamento viene snaturato perchè si differenziano tempistiche e regole tra il sistema gestito direttamente dalle aziende pubbliche e il sistema a gestione non diretta. A tal punto che se ne riconosce un pregiudizio costituzionale della legge.*

*L'art. 18 introduce la necessità che strutture esistenti, autorizzate da tempo dopo ingenti investimenti debbano ristrutturarsi in 5 anni su criteri e standard strutturali che il vero assessore alla sanità ligure, il Dr Locatelli che dirige la mega super azienda, non ha mai presentato.*

*Sotto la fattispecie dell'ammodernamento sono fatte fuori in un colpo solo le piccole strutture, le strutture storiche, quelle dell'entroterra, delle vecchio IPAB e Opere Pie, quelle nei conventi. Pensiamo ci sia il tentativo di far entrare grossi investitori non liguri che hanno bisogno dei letti accreditati e quindi sono interessati a venire in Liguria solo se si liberano spazi contrattuali con le Asl.*

*L'art. 18 secondo tutte le associazioni di categoria va modificato e la norma va introdotta per le strutture già esistenti.*

*Tutelare l'esperienza, i comuni montani e le piccole imprese e onlus liguri doveva comportare misure di sostegno ai finanziamenti privati tramite fondi finanziati con risorse regionali e/o europee.*

*Vi chiediamo di ascoltare il nostro grido di dolore e di modificare l'articolo 18 rendendo irretroattiva l'applicazione dei nuovi requisiti strutturali.*

*Preoccupazione che viene dall'intero sistema sociosanitario dell'articolo 13 "contratti con i soggetti privati accreditati".*

*La corretta impostazione per definire bisogni di cura e assistenza, organizzazione e team di presa in carico, relative tariffe dovrebbe partire dal bisogno delle persone.*

*Anche qui la Giunta e l'Alisa driblano la discussione, mentre con la modifica alla legge 20 mandano contratti capestro che riteniamo non possano essere firmati da Alisa perché mancano i presupposti amministrativi per la sottoscrizione dei contratti da parte di Alisa.*

*Un malato psichiatrico e un disabile che raggiunge il sessantacinquesimo anno di età, senza valutazione multidisciplinare, guarisce in quota parte! Così si potranno ridurre del 40% e del 30% le prestazioni di cura e quindi le tariffe! Questo provvedimento, illegittimo sotto il profilo del sistema sanitario nazionale passerà come il "miracolo di Toti". Bisogna essere consapevoli che trattando allo stesso modo anziani disabili, malati psichiatrici e persone dipendenti si fanno errori e si creano mostri.*

*Il contratto capestro tratta allo stesso modo il residenziale, il semi residenziale e le prestazioni riabilitative.*

*Chi pagherà tutto ciò? Non i soggetti gestori, ma le famiglie e la qualità dei servizi.*

*Ci aspettavamo dal presidente Toti non il miracolo della guarigione, ma l'impegno a ridurre le liste di attesa.*

*In tutte le prestazioni, residenziali, diurne, riabilitative, in tutte le categorie, disabili, dipendenti, psichiatrici anziani, addirittura bambini aspettano anni per entrare nei luoghi di cura e la riduzione dei budget nella riabilitazione ha determinato un incremento dei costi a carico delle famiglie per le prestazioni dirette.*

*Assessore Viale bisognava fare una discussione a tutto tondo, capire quanti posti letto fatte venire meno con l'articolo 18, quanti posti bisognerebbe aumentare, quanti soldi servono, dove prenderlo, come ridurre la burocrazia del sistema integrare pubblico privato. Ma a voi interessa risparmiare di nascosto. Delegittimare che da anni Isavora con grande dignità e qualità, aprire il mercato a grandi investitori non liguri.*

### 3. NOTE AGLI ARTICOLI

#### *Note all'articolo 1*

- *Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è pubblicato nella G.U. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.;*
- *la legge 23 ottobre 1992, n. 421 è pubblicata nella G.U. 31 ottobre 1992, n. 257, S.O.;*
- *il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 è pubblicato nella G.U. 20 febbraio 1997, n. 42, S.O.;*
- *la legge 8 novembre 2000, n. 328 è pubblicata nella G.U. 13 novembre 2000, n. 265, S.O.;*
- *il decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 308 è pubblicato nella G.U. 28 luglio 2001, n. 174;*
- *la legge 8 novembre 2000, n. 328 è pubblicata nella G.U. 13 novembre 2000, n. 265, S.O.;*
- *la legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 è pubblicata nel B.U.31 maggio 2006, n. 8.*

#### *Note all'articolo 2*

- *Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 è pubblicato nella G.U. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.;*
- *la legge 30 novembre 1998, n. 419 è pubblicata nella G.U. 7 dicembre 1998, n. 286.*

#### *Nota all'articolo 3*

- *La legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 è pubblicata nel B.U.30 luglio 2016, n. 15.*

#### *Note all'articolo 17*

- *La legge 24 novembre 1981, n. 689 è pubblicata nella G.U. 30 novembre 1981, n. 329, S.O.;*
- *la legge regionale 2 dicembre 1982, n. 45 è pubblicata nel B.U.15 dicembre 1982, n. 50;*
- *la legge regionale 14 aprile 1983, n. 11 è pubblicata nel B.U. 4 maggio 1983, n. 18.*

#### *Nota all'articolo 18*

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

#### *Nota all'articolo 19*

- *La legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 è pubblicata nel B.U. 13 dicembre 2006, n. 18.*

#### *Note all'articolo 20*

- *La legge regionale 12 aprile 1994, n. 19 è pubblicata nel B.U. 4 maggio 1994, n. 11;*
- *la legge regionale 24 dicembre 2008, n. 44 è pubblicata nel B.U. 24 dicembre 2008, n. 18.*

### 4. STRUTTURA DI RIFERIMENTO

*Dipartimento salute e servizi sociali - Settore staff, programmazione e politiche del farmaco.*