

Premessa

Il presente Disegno di Legge introduce una serie di disposizioni volte all'ulteriore razionalizzazione del Servizio Sanitario regionale e in materia di servizi sociali e di cooperazione internazionale. Il testo normativo è suddiviso in Titoli sulla base delle materie specificamente disciplinate.

Titolo I

Inquadramento dei medici del servizio 118 nel ruolo sanitario della dirigenza medica

Nell'ambito delle intese con le OO. SS. dei medici di medicina generale riguardanti il servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, è stato concordato (art. 10 accordo integrativo regionale DGR 264/2009) che la Giunta Regionale si impegnasse ad assumere le necessarie iniziative per l'inquadramento, a domanda, dei medici del servizio 118 nel ruolo sanitario della dirigenza medica, secondo modalità da definirsi con legge regionale.

I medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, ossia del servizio 118, operano infatti in regime di convenzionamento col Servizio Sanitario Regionale, regolato da apposito Accordo Collettivo Nazionale e dagli Accordi Integrativi Regionali. Per consentire il passaggio nel ruolo della dirigenza medica è necessario un atto normativo regionale, in quanto le disposizioni di cui all'art. 8 comma 1-bis del D. Lgs. 229/99 avevano effetto entro un anno dall'entrata in vigore del decreto stesso.

Il Titolo I del presente Disegno di Legge pertanto è finalizzato a consentire tale passaggio, limitatamente a un definito arco temporale, definendone le modalità. Il testo normativo si basa sui seguenti presupposti:

1. L'Art. 100 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, che regola anche i rapporti con i medici addetti al servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, prevede che le Regioni possano attivare i meccanismi per l'inquadramento nel ruolo sanitario della dirigenza medica dei medici incaricati a tempo indeterminato.
2. Il servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale è particolarmente gravoso, in quanto si svolge per sua natura al di fuori di strutture ospedaliere (automedica, elicottero, ecc.) e sempre in situazioni estremamente critiche. Ciò richiede una elevata efficienza psico-fisica da parte del personale addetto. Appare necessario pertanto prevedere per tale personale percorsi professionali che consentano, dopo un certo numero di anni di servizio, la possibilità del passaggio a servizi meno caratterizzati dalle criticità sopra descritte.
3. Va evidenziato che in linea generale i medici addetti al servizio di E. S. T. sono in possesso di elevata professionalità, dovuta sia alla specifica tipologia di attività prestata, sia alle specializzazioni possedute (spesso anestesia e rianimazione, cardiologia ecc.) La possibilità del passaggio in ruolo di tali medici consentirebbe alle Aziende di poter disporre celermente di medici idonei a prestare servizio in ambito sia ospedaliero che territoriale in qualità di dipendenti, in discipline per le quali risulta spesso difficile la piena copertura delle necessità.
4. Dal punto di vista economico, si evidenzia che il personale del ruolo sanitario della dirigenza medica ha un costo pro capite superiore, a parità di condizioni, a quello del personale convenzionato di circa € 12.000 annui. Va evidenziato che comunque il passaggio deve avvenire con modalità tali da armonizzarsi con il complessivo programma di assunzioni delle aziende regionali, e pertanto in base alle effettive necessità delle Aziende stesse, come approvate dalla Regione. Ciò comporta l'attivazione di meccanismi in grado di consentire il rispetto del tetto di spesa complessivo e del tetto di ogni singola azienda relativamente al personale del SSR.

L'articolo 1 (Campo di applicazione):

- definisce i requisiti che i medici devono possedere per poter avanzare domanda di inserimento nel ruolo della dirigenza medica

- stabilisce che l'inquadramento in ruolo dei medici deve avvenire con modalità tali da non comportare oneri aggiuntivi per il Servizio Sanitario Regionale
- dispone che la Giunta Regionale definirà il procedimento per la formulazione del giudizio di idoneità e le modalità con le quali le Aziende procederanno all'assunzione in ruolo dei medici, una volta espletate le procedure selettive
- prevede che, ai fini del riconoscimento dell'anzianità di servizio, si adottano i criteri di cui al DPCM 8 marzo 2001 ad oggetto "Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici e delle altre professionalità sanitarie, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi in regime convenzionale".

L'articolo 2 (Domanda di partecipazione) dispone che i medici interessati debbano depositare la domanda presso la Regione Liguria, Dipartimento Salute e Servizi Sociali, entro 60 giorni dalla pubblicazione della legge. Detti medici devono essere titolari di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con ASL liguri.

Titolo II

Programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale

L'attuale stato di difficoltà nella gestione del rischio della responsabilità civile e professionale nel settore sanitario è circostanza certamente nota, si ritiene tuttavia utile, ai fini di una miglior considerazione del presente progetto, ripercorrere le motivazioni essenziali di tale criticità.

Molteplici fattori hanno sensibilmente contribuito a determinare una crisi del mercato assicurativo e ad inasprire le regole di assunzione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione.

Da un lato i cittadini, non più semplici pazienti, assumono la qualità di Utenti-Clienti, grazie ad una buona cultura ed informazione sanitaria con acquisizione di una maggiore consapevolezza dei propri diritti; dall'altro le pronunce della magistratura hanno progressivamente esteso il concetto di colpa ed hanno contribuito ad aumentare il numero dei danni che il mercato assicurativo è chiamato a risarcire per responsabilità del medico o della struttura sanitaria.

La gravità del contenzioso, connesso alle maggiori aspettative dei pazienti-utenti in materia di salute, ha generato pericolose conseguenze quali:

- ✓ Incremento significativo dei premi delle polizze,
- ✓ Scomparsa dal mercato dei principali attori del mercato assicurativo italiano,
- ✓ Affermazione oligopolistica di mercati esteri specializzati, che tuttavia utilizzano frequentemente un approccio strategico di breve periodo.

Gli esiti delle gare pubbliche riscontrati a livello regionale o rilevabili dalle notizie riportate dalla stampa finanziaria, nonché confortati da un'autorevole indagine nazionale delle gare pubbliche per l'affidamento dei servizi assicurativi bandite da importanti realtà sanitarie hanno evidenziato come gli importi richiesti dalle Compagnie per l'assunzione del rischio RCT/O si caratterizzano per gravosi incrementi. In termini percentuali l'aumento del premio pagato, a fronte di garanzie ridotte, può oscillare da un minimo del 20% fino a raggiungere vette pari al 200%. In proposito uno studio condotto a livello nazionale nel 2011 dalla scuola superiore universitaria IUSS di Pavia ha dimostrato che le Regioni che hanno realizzato un progetto centralizzato delle polizze assicurative della Responsabilità Civile Sanitaria hanno subito nel periodo 2001-2008 incrementi di costo inferiori (circa il 30% in meno) rispetto alle regioni che non hanno adottato queste misure. In particolare le ricercatrici dello IUSS hanno accertato che le 8 regioni italiane che hanno, in varia misura, adottato metodologie centralizzate di gestione del rischio, hanno subito un aumento dei premi del 116% nel corso di 7 recenti annualità, mentre le restanti regioni nello stesso periodo hanno incrementato i loro costi assicurativi mediamente del 165%.

In relazione a tale situazione si è inteso promuovere il progetto di gestione centralizzata del rischio sanitario di seguito sintetizzato:

- ✓ Organizzazione e costituzione di un fondo unico regionale con il quale sarà garantito il finanziamento dei risarcimenti per danni a terzi causati nell'esercizio dell'attività sanitaria da parte di tutte le aziende sanitarie locali, ospedaliere e ISRRC facenti parte del SSR della Liguria, fino ad un importo massimo di €. 350.000,00 per evento e senza applicazione di franchigie.
- ✓ Predisposizione di coperture assicurative per il finanziamento dei risarcimenti eccedenti tale soglia e fino ad un massimo di €. 5.000.000,00 per sinistro ed €. 25.000.000,00 per anno e per ciascuna Azienda. La selezione dell'impresa assicurativa, cui sarà affidata la copertura di tale fascia di rischio, avverrà mediante apposita gara unica regionale a norma europea.
- ✓ La gestione dei sinistri rientranti nel fondo unico regionale verrà svolta dalle Aziende che si avvarranno di specifici Comitati di Valutazione Sinistri e di un "loss adjuster" anch'esso individuato mediante la suddetta gara.

Attraverso il progetto precedentemente illustrato ci si prefigge di conseguire alcuni importanti vantaggi di seguito elencati:

- ✓ Sensibile contenimento dei costi di gestione del rischio sanitario,
- ✓ Importante riduzione dei flussi di cassa, su di una finestra temporale non inferiore a 5 anni,
- ✓ Razionalizzazione e uniformità nelle gestioni dei sinistri in tutte le Aziende.

Per la prospettazione degli obiettivi e per la determinazione delle soglie ottimali di operatività del fondo si è svolta una articolata analisi di natura tecnica ed economica che ha interessato la rilevazione di sinistri di responsabilità sanitaria occorsi nell'intera Regione Liguria lungo un arco temporale storico di 10 anni.

Premesso che l'inserimento nel programma regionale avverrà in due fasi temporali distinte: la prima relativa a 6 aziende il prossimo 31 dicembre 2011 (con facoltà di attivazione anticipata da parte di ASL 2 Savonese per le note vicende implicanti la LCA dell'attuale assicuratore), la seconda relativa alle restanti 4 aziende con decorrenza 31 dicembre 2013, ma con facoltà di anticipare tale ingresso in caso di rescissione delle attuali polizze assicurative, di seguito riportiamo i principali elementi economici desunti dalla suddetta analisi.

Si rappresenta peraltro che dal 1/9/2011, in forza della l.r. 2/2011, l'IRCCS A.O. Universitaria S. Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro è subentrato ai soppressi A.O. San Martino e IST.

Premi assicurativi:

I premi assicurativi attuali desunti dal bilancio regionale relativamente all'annualità 2011 ammontano ad €. 27.054.000,00 di cui: €. 19.813.000,00 relativi alle Aziende ad inserimento immediato ed €. 7.241.000,00 relativi alle Aziende che aderiranno dal 31 dicembre 2013.

Occorre tuttavia tenere presente che i contratti assicurati relativi alle 6 aziende di prossima scadenza non sono ulteriormente rinnovabili essendo state già utilizzate tutte le possibili proroghe contrattuali e pertanto qualora ricollocati nella formula tradizionale risulterebbero presumibilmente soggetti ad un aumento medio annuale di circa il 25% che rapportato alle differenti decorrenze delle polizze in corso si traduce in un maggior costo di €. 8.452.000,00.

Relativamente a tale prima attivazione del programma regionale la stima del potenziale risparmio derivante dalla riduzione dei premi assicurativi, sia in termini di competenza sia di flussi di cassa, risulta complessivamente il seguente:

(6 Aziende ad inserimento immediato)

Premi in corso	€. 19.813.000,00,
Stima dei potenziali maggiori costi del rinnovo	€. 8.452.000,00,
Totale premi	€. 28.265.000,00,
Stima potenziale dei premi da progetto (base a d'asta)	€. 10.562.500,00,
Stima potenziale minore spesa dal 2012	€. 17.702.500,00,

In occasione dell'inserimento delle restanti 4 Aziende con decorrenza 31 dicembre 2013 il risparmio derivante dalla riduzione dei premi assicurativi, sia in termini di competenza sia di flussi di cassa, risulterà incrementato come segue:

(Quattro Aziende ad inserimento differito)

Premi in corso	€.	7.241.000,00,
Maggiori costi del rinnovo (non applicabile)	€.	0,00,
Totale premi	€.	7.241.000,00,
Stima potenziale premi come da progetto (base a d'asta)	€.	4.437.500,00,
Stima potenziale ulteriore minore spesa dal 2014		€. 2.803.500,00,

Stima potenziale minore spesa a regime **€.** 20.506.000,00.

In applicazione di quanto sopra previsto, ricorrendo la circostanza che il collocamento della nuova copertura assicurativa avvenga nel rispetto delle basi d'asta preventivate, la stima del potenziale risparmio annuo minimo in termini di minori flussi di cassa, relativi alla voce premi assicurativi risulta di €. 17.702.500,00 a partire dal 2012 e di €. 20.506.000,00 a partire dal 2014.

Fondo Regionale:

Come in precedenza anticipato il Fondo Regionale è destinato al finanziamento dei sinistri ritenuti in autoassicurazione dalle Aziende.

Tale fondo andrà a sostituire ed annullare nelle future annualità le franchigie di polizza in essere, che attualmente sono differenziate sia per entità che per formulazione (aggregata, per singolo sinistro o mediante una combinazione di tali tipologie di franchigia).

Il dimensionamento del Fondo viene determinato in funzione di alcuni parametri e principalmente:

- ✓ dell'ammontare massimo ritenuto dalle singole Aziende per ogni sinistro,
- ✓ del numero dei sinistri attesi,
- ✓ del valore medio dei sinistri attesi.

Poiché tali dati non sono ovviamente conoscibili all'atto di tale decisione, per la miglior determinazione di tali parametri è necessario ricondursi ai dati storici acquisiti che tuttavia presentano alcuni elementi di criticità che potrebbero determinare scostamenti anche significativi negli esiti finali rispetto alle previsioni, tenuto conto dei seguenti fenomeni:

- ✓ potenziale incompletezza e/o disomogeneità delle informazioni acquisite,
- ✓ verificarsi di sinistri per punta o frequenza non precedentemente riscontrati nei dati storici ad oggi noti,
- ✓ eventuali modificazioni nelle leggi e negli indirizzi giurisprudenziali,
- ✓ fenomeni inflattivi monetari nonché di cosiddetta inflazione sociale,
- ✓ fattori organizzativi ed economici interni od esterni al sistema.

L'analisi svolta ha consentito di individuare in base all'esperienza pregressa, due ipotesi di autoritenzione di €. 350.000,00 e €. 500.000,00 ed infine è stata individuata quale soglia ottimale una ritenzione di €. 350.000,00 per ogni sinistro.

In applicazione di tale soglia, l'analisi attuariale eseguita ha evidenziato un ammontare medio delle perdite annue ritenute di €. 17.670.627,00 su base storica, con valori che si collocano da un minimo in €. 10.715.000,00 nel 2001, fino ad un massimo di €. 26.593.085,00 nel 2009.

Su tali basi è stato determinato l'ammontare del fondo regionale a regime in €. 22.715.000,00. Tale valore, sulla scorta dell'analisi storica, è risultato sufficiente in 8 annualità su 10. Come precedentemente illustrato tale fondo andrà a sostituire la sommatoria delle franchigie attualmente previste nelle differenti polizze aziendali il cui ammontare annuo stimato è pari ad €. 15.415.000,00.

Finanziamento del Fondo

Relativamente alla prima attivazione del programma regionale l'ammontare del fondo risulta complessivamente il seguente:

Fondo (6 Aziende ad inserimento immediato)	€.	14.393.750,00,
Attivazione anticipata (<u>limitatamente al 2012</u>) per ASL 2	€.	710.000,00,
Totale fondo nel 2012		€. 15.103.750,00,

Franchigie (6 Aziende ad inserimento immediato) €. - 9.050.000,00
Maggiore potenziale autoritenzione nel 2012 €. 6.053.750,00,

Fondo (6 Aziende) nel 2013 €. 14.393.750,00,
 Franchigie (6 Aziende ad inserimento immediato) €. - 9.050.000,00
Maggiore potenziale autoritenzione nel 2013 €. 5.343.750,00,

In occasione dell'inserimento delle restanti 4 Aziende con decorrenza 31 dicembre 2013 l'ammontare del fondo risulterà incrementato come segue:

Fondo (10 Aziende) dal 2014 €. 22.715.000,00.
 Franchigie (10 Aziende) €. -15.415.000,00
Maggiore potenziale autoritenzione dal 2014 €. 7.300.000,00.

In conclusione verificandosi le ipotesi progettuali la stima del potenziale vantaggio conseguibile a regime mediante l'adozione del progetto regionale è quantificabile in €. 13.206.000,00 così ottenuto (€. 20.506.000,00 minori spese - €. 7.300.000,00 maggiori ritenzioni).

RIEPILOGO						
	2012	2013	2014	2014	2015	2016
	REL. PRIME 6	4	10	10	10	10
	AZIENDE	AZIENDE	AZIENDE	AZIENDE	AZIENDE	AZIENDE
PREMI IN CORSO	28.265.000	28.265.000	7.241.000			
NUOVI PREMI	10.562.500	10.562.500	4.437.500	15.000.000	15.000.000	15.000.000
MINOR SPESA	17.702.500	17.702.500	2.803.500	20.506.000	20.506.000	20.506.000
FONDO AZIENDE	15.103.750	14.393.750		22.715.000	22.715.000	22.715.000
FRANCH.IN CORSO	- 9.050.000	- 9.050.000		-15.415.000	-15.415.000	-15.415.000
MAGGIOR AUTORIT.	6.053.750	5.343.750		7.300.000	7.300.000	7.300.000
RISULTATO FINALE						
RISPARMIO	11.648.750	11.858.750		13.206.000	13.206.000	13.206.000

Proiezioni di cassa

Relativamente agli esborsi inerenti la gestione del fondo regionale è possibile ipotizzare che in ragione delle tempistiche di gestione delle pratiche di danno l'impegno di spesa, benché quantificato nei termini sopra indicati, possa essere pianificato nel tempo in relazione alla velocità di liquidazione per questa tipologia di danni.

Premesso che tale dato non è desumibile dalle informazioni disponibili inerenti la sinistrosità storica delle Aziende Sanitarie della Regione Liguria, poiché registrato dalle imprese di assicurazione e/o dalle stesse Aziende in meno del 50% dei sinistri definiti con esborso, al fine di consentire una ragionevole valutazione delle tempistiche di provvista del fondo, si ritiene di utilizzare i dati di riferimento forniti dall'Ania nel rapporto Annuale sull'Assicurazione Italiana 2009/2010.

In base a tale statistica il valore economico dei sinistri liquidati sul totale può essere ipotizzato come segue:

- ✓ nella annualità 1 è pari al 6,9% del totale,
- ✓ nella annualità 2 è pari al 18,8% del totale,

- ✓ nella annualità 3 è pari al 20,3% del totale,
- ✓ nella annualità 4 è pari al 29,9% del totale,
- ✓ nella annualità 5 è pari al 39,3% del totale,
- ✓ nella annualità 6 è pari al 50,7% del totale,
- ✓ nella annualità 7 è pari al 54,5% del totale,
- ✓ nella annualità 8 è pari al 61,4% del totale,
- ✓ nella annualità 9 è pari al 68,9% del totale,
- ✓ nella annualità 10 è pari al 74,6% del totale,
- ✓ annualità successive 25,6% del totale,

Come si può rilevare è significativo che, rispettivamente per ciascuna annualità, prima di pervenire al pagamento della metà degli indennizzi dovuti decorrono mediamente 6 anni, mentre trascorsi 10 anni dall'anno di riferimento il 25% del valore economico degli indennizzi risulta ancora accantonato. E' il caso tuttavia di segnalare che ad una minor velocità di liquidazione dei sinistri corrisponde normalmente un incremento degli oneri ricadenti sulle liquidazioni stesse per spese, interessi e rivalutazione monetaria: per tale motivo è possibile stimare che la capienza del fondo regionale risulti investita e condizionata dalla celerità dell'efficienza delle gestioni amministrative.

Sulla base delle precedenti informazioni e rilevazioni è possibile stimare in via presuntiva il potenziale fabbisogno di finanziamento di cassa del fondo per ciascuna annualità e la progressione degli impegni derivanti dal cumulo dei finanziamenti di ciascun fondo pertinente le annualità successive, secondo gli schemi seguenti:

In via primaria è necessario trasformare i dati statistici nazionali sopra riportati in corrispondenti percentuali di accantonamento del valore del Fondo di ciascun anno, così ipotizzabili:

Per il 1° anno: 8%
Per il 2° anno: 11%
Per il 3° anno: 5 %
Per il 4° anno: 8 %
Per il 5° anno: 8 %
Per il 6° anno: 11 %
Per il 7° anno: 5 %
Per l' 8° anno: 5 %
Per il 9° anno: 8 %
Per il 10° anno: 6 %

Successivamente è quindi possibile contabilizzare tali ipotesi di percentuali di accantonamento, oltre alla previsione di una percentuale “Start up” per la copertura di eventuali provvisori e spese legali, ottenendo così una possibile programmazione degli accantonamenti per l'attività che il Fondo dovrà garantire.

ESEMPLIFICAZIONE DI POSSIBILE PROGRAMMA DI PROGRAMMAZIONE DEGLI ACCANTONAMENTI PER IL PRIMO QUINQUENNIO DEL PIANO						
PERIODO	RIFERIMENTO DELL' ACCANTONAMENTO	DEL FONDO PER IL	%	CALCOLATO SU €	=	VALORI DA ACCANTONARE
1° ANNO (2012)	START UP		10%	15.103.750		1.510.375
	IL 1° ACCANTONAMENTO	2012	8%	15.103.750	=	1.208.300
TOTALE 2012						2.718.675
2° ANNO (2013)	IL 1° ACCANTONAMENTO	2013	8%	14.393.750	=	1.151.500
	IL 2° ACCANTONAMENTO	2012	11%	15.103.750	=	1.661.412
TOTALE 2013						2.812.912

3° ANNO (2014)	IL 1° ACCANTONAMENTO	2014	8%	22.715.000	=	1.817.200
	IL 3° ACCANTONAMENTO	2012	5%	15.103.750	=	755.187
	IL 2° ACCANTONAMENTO	2013	11%	14.393.750	=	1.583.312
TOTALE 2014						4.155.699
4° ANNO (2015)	IL 1° ACCANTONAMENTO	2015	8%	22.715.000	=	1.817.200
	IL 4° ACCANTONAMENTO	2012	8%	15.103.750	=	1.208.300
	IL 3° ACCANTONAMENTO	2013	5%	14.393.750	=	719.687
	IL 2° ACCANTONAMENTO	2014	11%	22.715.000	=	2.498.650
TOTALE 2015						6.243.837
5° ANNO (2016)	IL 1° ACCANTONAMENTO	2016	8%	22.715.000	=	1.817.200
	IL 5° ACCANTONAMENTO	2012	8%	15.103.750	=	1.208.300
	IL 4° ACCANTONAMENTO	2013	8%	22.715.000	=	1.817.200
	IL 3° ACCANTONAMENTO	2014	5%	22.715.000	=	1.208.300
	IL 2° ACCANTONAMENTO	2015	11%	22.715.000	=	2.498.650
TOTALE 2016						8.549.650

Le stesse esigenze di razionalizzazione ed economicità comportano l'esigenza di estendere, per quanto compatibili, le previsioni del presente articolo alle modalità di gestione delle sinistrosità afferenti le Gestioni liquidatorie.

L'articolo 3 (Strumenti per il miglioramento dell'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile) prevede che la Regione, direttamente o tramite una o più Aziende del SSR, garantisca un programma assicurativo che comprende un fondo speciale nonché specifici contratti assicurativi. Destina il fondo speciale al risarcimento dei sinistri di valore sino a 350.000 €; mentre, per gli esborsi relativi a sinistri di valore eccedente i 350.000 € dispone che la Regione, direttamente e tramite altre aziende del SSR, provveda alla stipula di specifici contratti assicurativi.

L'articolo 4 (Competenze della Giunta regionale) conferisce alla Giunta regionale la competenza a individuare i criteri e le modalità di gestione del programma assicurativo, l'ammontare del fondo speciale e la quota di competenza di ciascuna Azienda del SSR da destinare al finanziamento del fondo speciale.

L'articolo 5 (Copertura finanziaria) regola la copertura finanziaria del fondo speciale.

Titolo III Modificazioni alla legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41 recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale"

Le modifiche alla legge regionale 41/2006 attribuiscono potestà provvedimentale all'Agenzia Sanitaria Regionale nelle materie in cui già svolgeva un'attività istruttoria, al fine di perseguire una

maggiore semplificazione amministrativa, evitando duplicazioni e sovrapposizioni con l'attività svolta dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali.

L'art. 6 (Modificazione dell'art. 62 della l.r. 41/2006) prevede la possibilità per l'Agenzia Sanitaria di emanare atti di indirizzo nei confronti delle Aziende Sanitarie e degli enti del SSR, nonché di svolgere funzioni ispettive.

L'art. 7 (Modificazione dell'art. 65 della l.r. 41/2006) attribuisce al Direttore dell'Agenzia la potestà di adottare proprie determinazioni nelle materie di competenza dell'Agenzia.

Titolo IV **Disposizioni in materia di programmi di investimento in sanità**

Le brevi modifiche alla Legge riguardano, essenzialmente, due aspetti:

- il primo relativo all'adeguamento del livello progettuale da esaminare che l'ente attuatore pone a base di gara;
- il secondo alla riduzione del numero dei componenti del nucleo nell'ottica del contenimento della spesa e della semplificazione e snellimento delle procedure amministrative, determinato anche da un minor numero di progetti da esaminare, rispetto al passato;

L'articolo 8 (Modificazioni alla l.r. 20/1995) introduce modifiche alla normativa regionale vigente, prevedendo:

- che il livello progettuale da esaminare non sia necessariamente quello esecutivo, ma quello che sarà oggetto del bando di gara;
- una riduzione del numero dei componenti del nucleo di valutazione;
- che la funzione di Presidente del nucleo di valutazione sia svolta da un componente dello stesso, dipendente regionale;

Titolo V **Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica**

L'articolo 100 del D.Lgs. 24.4.2006 n. 219 al comma 2 prevede espressamente che la distribuzione all'ingrosso di medicinali sia subordinato al possesso di un'autorizzazione rilasciata dalla Regione o dalla Provincia Autonoma ovvero da altre autorità competenti, individuate dalla legislazione delle Regioni o delle Province Autonome (vedi anche art. 111. comma 2).

La vigente normativa regionale – l.r. 4.4.1991, n. 3 – attribuisce al Sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, l'adozione dei provvedimenti relativi all'assistenza farmaceutica; appare, pertanto, del tutto opportuno e coerente - come, peraltro, già legiferato da altre regioni – attribuire alla stessa autorità sanitaria anche la competenza per l'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso dei medicinali.

E' necessario ben rimarcare che le competenze e le professionalità necessarie al corretto svolgimento dell'istruttoria tecnica per l'adozione dei provvedimenti sono assicurate dal competente servizio dell'A.S.L. al quale lo stesso articolo, al comma 2, già demanda l'attività istruttoria; non diversamente, peraltro, da quello che già avviene attualmente prima dell'adozione dei provvedimenti regionali autorizzativi

L'articolo 9 (Integrazione dell'articolo 2 della l.r. 3/1991) dispone che al rilascio delle autorizzazioni per la distribuzione all'ingrosso dei medicinali per uso umano provveda il Sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria locale.

Titolo VI **Modificazioni alla legge regionale 14 marzo 2006 n. 5 recante** **“Contributi regionali per favorire l'attività delle pubbliche assistenze liguri”**

La Regione Liguria individua, con la l.r. 5/2006 “Contributi regionali per favorire l'attività delle pubbliche assistenze”, le finalità per le quali si possono erogare contributi alle Pubbliche Assistenze e alle Associazioni di volontari donatori di sangue, nonché i termini per la presentazione delle domande, riservando alla Giunta regionale la definizione dei criteri per la concessione dei contributi.

La modifica legislativa intende eliminare il termine entro il quale è possibile presentare le domande di contributo (31 maggio di ogni anno), sostituendolo con una previsione più generica (annualmente, compatibilmente con le risorse di bilancio).

Questa modifica consentirebbe di riservare alla Giunta regionale, in sede di determinazione dei criteri, anche il compito di individuare il termine entro cui far pervenire le domande.

L'articolo 10 (Modificazioni all'art. 3 della l.r. 5/2006), eliminando l'individuazione di un termine rigido per la presentazione delle domande, ne prevede la cadenza annuale, compatibilmente con le risorse di bilancio.

Titolo VII

Modificazioni alla legge regionale 20 agosto 1998, n. 28 recante “Interventi per la cooperazione allo sviluppo, la solidarietà internazionale e la pace”

La cooperazione allo sviluppo è parte integrante della politica estera dell'Italia e persegue obiettivi di solidarietà tra i popoli e di piena realizzazione dei diritti fondamentali dell'uomo, ispirandosi ai principi sanciti dalle Nazioni Unite.

E' finalizzata al soddisfacimento dei bisogni primari e, in primo luogo, alla salvaguardia della vita umana, all'autosufficienza alimentare, alla valorizzazione delle risorse umane, alla crescita economica, sociale e culturale dei Paesi in via di sviluppo. La cooperazione allo sviluppo deve essere, altresì, finalizzata al miglioramento della condizione femminile e dell'infanzia ed al sostegno della promozione della donna.

Comprende iniziative pubbliche e private, collocate prioritariamente nell'ambito di programmi plurisettoriali concordati con i Paesi beneficiari.

In Liguria la materia è disciplinata dalla legge regionale 20 agosto 1998, n.28 (Interventi per la cooperazione allo sviluppo, la solidarietà internazionale e la pace), ai sensi della quale la Regione, attraverso il “Programma regionale per la cooperazione”, promuove, sostiene e coordina le iniziative proprie o svolte da Enti locali, Istituzioni culturali, Associazioni, Organismi di cooperazione internazionale, privilegiando le realtà operanti sul territorio regionale per favorire l'incremento di partecipazione della comunità ligure, in un contesto di mutuo sviluppo con le comunità locali dei Paesi partner, nelle attività di cooperazione allo sviluppo e di solidarietà internazionale, mirando, in particolare, a sviluppare tale rapporto tra comunità locali attraverso le modalità della cooperazione decentrata.

L'evolversi del generale contesto sociale ha condotto a maturare la determinazione di avviare un percorso di avvicinamento alle esigenze espresse in materia di cooperazione sanitaria.

Tale iniziativa, in considerazione delle istanze pervenute dal mondo del Terzo Settore, dalle Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico ed altre organizzazioni similari può, opportunamente, inserirsi nel contesto del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera ligure, approvato dal Consiglio regionale – nel quadro del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 – con deliberazioni 28 febbraio 2008, n.8 e 4 agosto 2010, n.19.

La citata legge regionale 28/1998, inoltre, assegna al Programma regionale per la cooperazione il compito di definire attività e risorse in materia di cooperazione allo sviluppo, educazione ai temi della mondialità e della pace e solidarietà internazionale. Tale programma per il periodo 2011-2013, oggetto della proposta della Giunta regionale al Consiglio regionale n.5 del 11 marzo 2011 ed attualmente in fase di discussione presso quest'ultimo, prevede, tra l'altro, significativi interventi in materia di cooperazione socio-sanitaria, con particolare riferimento ad aspetti di assistenza

sanitaria, educazione, istruzione, formazione professionale, inserimento sociale di soggetti deboli nonché sostegno a disabili, donne e maternità.

Il Programma regionale per la cooperazione 2011-2013 riconosce, altresì, nell'ambito del sistema regionale della cooperazione allo sviluppo, il ruolo di attore del Terzo Settore nello svolgimento di azioni svolte sia sul territorio ligure, a favore degli immigrati, sia nei Paesi in via di sviluppo, riservando la partecipazione ai relativi bandi alle Associazioni iscritte al registro regionale delle Organizzazioni di volontariato ed in grado di dimostrare di essere dinamicamente coinvolte con le loro attività nello stesso sistema regionale di cooperazione.

Tale ruolo svolto dal Terzo Settore nel sistema regionale di cooperazione può e deve essere opportunamente ribadito e coordinato con l'iniziativa di revisione normativa avviata dall'Assessorato alle Politiche Sociali e Terzo Settore nel secondo semestre del 2010, attraverso l'istituzione di specifici tavoli tecnici di concertazione sulle varie tipologie (volontariato, cooperazione sociale, promozione sociale), la cui attività di proposta è attualmente in fase di ultimazione e prossima a consentire alla Giunta regionale l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Il presente disegno di legge, in base alle considerazioni che precedono, intende fornire risposte adeguate al mutato contesto generale, sia in ordine all'inserimento della possibilità, concessa alle Aziende sanitarie, di cedere apparecchiature e materiali dismessi ai fini di un loro utilizzo immediato ed appropriato in Paesi caratterizzati da situazioni di estremo disagio, sia con riferimento all'ampliamento delle categorie di soggetti autorizzati a presentare, anche in associazione tra loro, proposte inerenti ai settori di attività della cooperazione allo sviluppo ai quali è indirizzato il sostegno da parte della Regione. Le attrezzature dovranno essere gestite ed indirizzate nei Paesi dove esistano ospedali, attrezzature e medici in grado di utilizzarle.

L'articolo 11 (Modifica all'articolo 4 della l. r. 28/1998) disciplina le modifiche all'articolo 4, sia attraverso la sostituzione del requisito della costituzione con atto pubblico con quella "con atto pubblico o con atto scritto registrato" per le Organizzazioni ed Associazioni liguri iscritte al Registro regionale del volontariato, di cui alla legge regionale 18 maggio 1992, n.15 e successive modificazioni ed integrazioni che intendono presentare proposte in materia di cooperazione allo sviluppo, sia attraverso l'aggiunta delle Associazioni di promozione sociale iscritte nel Registro regionale della promozione sociale ai sensi della legge regionale 24 dicembre 2004, n.30 e successive modificazioni ed integrazioni all'elenco dei soggetti autorizzati a presentare le citate proposte in materia di cooperazione allo sviluppo.

L'articolo 12 (Inserimento dell'articolo 5 bis nella l.r. 28/1998) prevede, dopo l'articolo 5, l'inserimento dell'articolo 5 bis, il quale disciplina le modalità di cessione, a titolo gratuito, di apparecchiature ed altri materiali dismessi da Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico ed altre Organizzazioni similari a beneficio delle strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione, che presentino le necessarie caratteristiche per l'utilizzo efficace delle attrezzature stesse.

Titolo I
Inquadramento dei medici del servizio 118 nel ruolo sanitario della dirigenza medica

Art. 1
Campo di applicazione

1. I medici convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale che, alla data del 31 dicembre 2007, siano da almeno 5 anni titolari continuativamente di incarico a tempo indeterminato, possono essere inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, con le procedure di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2001, nell'arco di un triennio dall'entrata in vigore della presente legge e nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 30 marzo 2001 n.165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", previo giudizio di idoneità di cui al comma 3.
2. L'inquadramento in ruolo di detti medici avviene con modalità tali da non comportare oneri aggiuntivi per il Servizio Sanitario Regionale.
3. La Giunta Regionale definisce il procedimento per la formulazione del giudizio di idoneità e le modalità con le quali le Aziende procedono all'assunzione in ruolo dei medici, applicando, per quanto non previsto dalla presente legge, le norme del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997 n. 483 e successive modifiche e integrazioni.
4. Ai fini del riconoscimento dell'anzianità di servizio, si adottano i criteri di cui al DPCM 8 marzo 2001.

Art. 2
Domanda di partecipazione

1. Entro sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, i medici interessati in possesso dei requisiti di cui al precedente articolo, presentano, presso la Regione Liguria, domanda di inquadramento nel ruolo medico del Servizio sanitario nazionale.
2. I medici interessati devono essere titolari di rapporto convenzionale con le Aziende Sanitarie Locali della Regione Liguria.

Titolo II
Programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale

Art. 3
Strumenti per il miglioramento dell'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile

1. La Regione promuove la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. A tal fine definisce, direttamente o tramite l'individuazione di una o più aziende e/o Enti del Servizio Sanitario Regionale a cui attribuire il relativo incarico, un programma assicurativo che comprende un fondo speciale nonché specifici contratti assicurativi.
2. Il fondo speciale è destinato al finanziamento degli esborsi che le aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale debbono sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore sino a 350.000 euro. Per il finanziamento della quota eccedente l'operatività del fondo speciale e degli esborsi relativi a sinistri del valore eccedente i 350.000,00 euro, la Regione provvede, direttamente o tramite una o più aziende sanitarie o Enti del Servizio Sanitario Regionale delegate, alla stipula di specifici contratti assicurativi, scegliendo l'impresa di assicurazioni tramite procedura a evidenza pubblica.
3. Le disposizioni del presente articolo si applicano, per quanto compatibili, alle sinistrosità concernenti le Gestioni liquidatorie in campo sanitario costituite ai sensi dell'art. 2, comma

14 della legge 28 dicembre 1995, n.549 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica".

Art. 4 **Competenze della Giunta Regionale**

1. La Giunta Regionale individua:
 - a) i criteri e le modalità di gestione del programma assicurativo e l'individuazione di una o più Aziende o Enti del Servizio Sanitario Regionale incaricati della gestione;
 - b) l'ammontare del fondo speciale;
 - c) la quota di fondo sanitario di competenza di ogni singola azienda o ente del Servizio Sanitario Regionale da destinarsi al fondo speciale;
 - d) gli indirizzi in merito alle modalità di gestione delle sinistrosità afferenti le Gestioni liquidatorie.
 - e)

Art. 5 **Copertura finanziaria**

1. Gli oneri derivanti dall'articolo 3 della presente legge sono a carico del Fondo Sanitario regionale.

Titolo III **Modificazioni alla legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41 recante "Riordino del Servizio Sanitario Regionale"**

Art. 6 **Modificazione dell'art. 62 della l.r. 41/2006**

1. All'articolo 62 della l.r. 41/2006, dopo il comma 2, è inserito il seguente comma:
"3. Nelle materie di cui al comma 2, l'Agenzia, nei confronti delle Aziende Sanitarie e degli Enti del SSR:
 - a) emana atti di indirizzo;
 - b) svolge funzioni ispettive."

Art. 7 **Modificazione dell'art. 65 della l.r. 41/2006**

1. Al comma 2 dell'articolo 65 della l.r. 41/2006, dopo le parole "risorse dell'Agenzia", sono aggiunte le seguenti parole "e adotta proprie determinazioni nelle materie di competenza dell'Agenzia".

Titolo IV **Disposizioni in materia di programmi di investimento in sanità**

Art. 8 **Modificazioni alla legge regionale 5 aprile 1995, n. 20 recante "Norme per l'attuazione dei programmi di investimento in sanità e per l'ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico" e ss.mm. ii.**

1. Al comma 2 dell'art. 1 della l.r. 20/1995, la parola "esecutivi" è sostituita dalle parole "*il cui livello sarà oggetto del bando di gara*".
2. Alla lettera b) del comma 1 dell'art. 5 della l.r. 20/1995 la parola "esecutivi" è sostituita dalle parole "*del livello oggetto del bando di gara*".

3. Al comma 1 dell'art. 7 della l.r. 20/1995:
 - a) dopo la locuzione *"il nucleo di valutazione è composto da"* la parola *"sedici"* è sostituita dalla parola *"tredici"*,
 - b) la lettera a) è soppressa,
 - c) alla lettera e) la parola *"sei"* è sostituita dalla parola *"quattro"*,
4. Al comma 2 dell'art. 7, prima della locuzione *"Le funzioni di segreteria"* è aggiunto l'enunciato *"La funzione di Presidente del nucleo è svolta da un componente del nucleo, dipendente regionale"*.
5. Al comma 2 dell'art. 8 sono sopprese le parole *"tra i dipendenti regionali con qualifica dirigenziale"*.

Titolo V

Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica

Art. 9

(Integrazione dell'articolo 2, della legge regionale 4 aprile 1991 n. 3, recante "Norme in materia di assistenza farmaceutica e disciplina dei rapporti economici con le farmacie e con i soggetti che operano in regime di convenzionamento esterno ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.")

1. Dopo la lettera i) del comma 1 dell'art.2 della l.r. 3/1991, è aggiunta la seguente lettera:

"l) il rilascio delle autorizzazioni, il diniego, la modifica, la sospensione e la revoca per la distribuzione all'ingrosso dei medicinali per uso umano, nonché delle materie farmacologicamente attive, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 24 aprile 2006, n. 219 ((Attuazione della Direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE))."

Titolo VI

Modificazioni alla Legge Regionale 14 marzo 2006, n. 5 recante "Contributi regionali per favorire l'attività delle pubbliche assistenze liguri."

Art. 10

Modificazioni all'art. 3 comma 1 della l. r. 5/2006

1. All'art. 3 comma 1 della l. r. 5/ 2006, la locuzione *"entro il 31 maggio di ogni anno"* è sostituita con *"annualmente, compatibilmente con le risorse di bilancio"*.

Titolo VII

Modificazioni alla legge regionale 20 agosto 1998, n. 28 recante "Interventi per la cooperazione allo sviluppo, la solidarietà internazionale e la pace"

Art. 11

Modifica all'articolo 4 della l.r. 28/1998

1. Alla lettera e) del comma 1 dell'articolo 4 della l. r. 28/1998, le parole *"costituite con atto pubblico ai sensi del Codice Civile"* sono sostituite dalle seguenti: *"costituite con atto pubblico o con atto scritto registrato"*.
2. Dopo la lettera e) del comma 1 dell'articolo 4 della l. r. 28/1998, è inserita la seguente:

"f) associazioni di promozione sociale iscritte al registro della promozione sociale ai sensi della legge regionale 24 dicembre 2004 n.30 "Disciplina delle associazioni di promozione sociale" e successive modificazioni ed integrazioni."

Art. 12
Inserimento dell'articolo 5 bis nella l.r. 28/1998

1. Dopo l'articolo 5 della l. r. 28/1998, è inserito il seguente:

“Articolo 5 bis
(Cessione di materiali sanitari dismessi)

1. La cessione a titolo gratuito di apparecchiature ed altri materiali dismessi da Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico ed altre Organizzazioni similari nazionali a strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione è effettuata a favore delle Associazioni senza scopo di lucro, operanti nel settore della cooperazione internazionale allo sviluppo, iscritte al registro regionale del volontariato di cui alla l.r. 15/1992 e successive modificazioni ed integrazioni od al registro regionale della promozione sociale di cui alla l.r. 30/2004 e successive modificazioni ed integrazioni, in possesso di requisiti organizzativi e professionali idonei a consentire l'utilizzo delle apparecchiature.
2. Possono beneficiare delle apparecchiature e dei materiali dismessi unicamente le strutture sanitarie dei Paesi in via di sviluppo o in transizione che presentino le necessarie caratteristiche per l'utilizzo efficace delle apparecchiature e dei materiali stessi.
3. La Regione promuove modalità di condivisione dei dati ed iniziative di formazione del personale medico ed infermieristico utilizzatore delle apparecchiature e dei materiali dismessi, di cui al comma 1.”