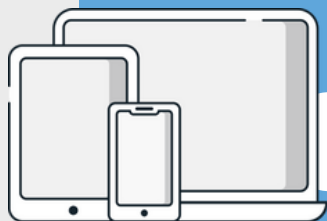


# LEGISLAZIONE REGIONALE SICILIA

LEGGI REGIONALI DAL  
1986 AD OGGI



**MATERIALE GRATUITO**

## Sommario

### Sicilia

**Legge regionale 9 maggio 1986, n. 22**

Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia.

**Legge regionale 8 novembre 1988, n. 39.**

Determinazione dei requisiti tecnici delle case di cura private per l'autorizzazione alla gestione.

**Legge regionale 3 novembre 1993, n. 30**

Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle Unità Sanitarie Locali.

**Legge regionale 14 aprile 2009, n. 5**

Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale.

**Legge regionale 15 febbraio 2010, n. 1**

Istituzione delle unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale.

**Legge regionale 24 febbraio 2014, n. 7**

Promozione della ricerca scientifica in ambito sanitario.

**Legge regionale 1° ottobre 2015, n. 22**

Istituzione delle biobanche di ricerca in Sicilia.

**Legge regionale 28 novembre 2019, n. 20**

Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla sicurezza degli operatori sanitari.

**Legge regionale 28 novembre 2019, n. 21**

Riordino del settore dell'assistenza nelle aree pediatriche.

**Legge regionale 11 agosto 2020, n. 17**

Riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia.

**Legge regionale 13 giugno 2023, n. 5**

Disposizioni per l'attribuzione della qualifica dirigenziale al personale medico e sanitario EP delle Aziende ospedaliere universitarie della Regione.

**Legge regionale 20 ottobre 2023, n. 18**

Istituzione del Servizio di psicologia delle cure primarie e della figura dello psicologo delle cure primarie.

**Legge regionale 21 marzo 2024, n. 5**

Riconoscimento e valorizzazione della figura del caregiver familiare.

# Sicilia

**Legge regionale 9 maggio 1986, n. 22** – Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia (*Articoli estratti*).

## Titolo I Principi generali

### **Art. 1** (*Obiettivi e principi*)

In attuazione delle norme e dei principi sanciti dalla Costituzione e dallo Statuto, la Regione promuove, nel quadro della sicurezza sociale, la riorganizzazione delle attività assistenziali attraverso un sistema di servizi socio-assistenziali finalizzato a garantire ai cittadini che ne hanno titolo interventi adeguati alle esigenze della persona.

Salva restando la libertà dell'iniziativa privata, la Regione partecipa al sostegno finanziario dei relativi oneri quando la stessa concorre al conseguimento dei fini previsti dalla presente legge.

### **Art. 2** (*Criteri generali*)

La Regione, per la realizzazione del sistema dei servizi socio-assistenziali di cui all'articolo precedente, si ispira ai seguenti principi:

- a) prevenire e rimuovere le cause dei bisogni individuali e collettivi nonché quelle di emarginazione sociale;
- b) assicurare il mantenimento o il reinserimento dei soggetti nel proprio nucleo familiare e nell'ambiente di appartenenza;
- c) garantire ai cittadini che usufruiscono dei servizi la libera scelta tra le possibili prestazioni previste dalla legge;
- d) favorire la fruizione delle prestazioni attraverso una rete di servizi accessibili ai soggetti destinatari con interventi adeguati, superando la frammentarietà e la precarietà;
- e) assicurare la effettiva partecipazione dei cittadini alla politica dei servizi socio-assistenziali.

### **Art. 3** (*Modalità di intervento e forme di assistenza*).

Gli interventi socio-assistenziali vengono attuati attraverso una rete di servizi prevalentemente aperti, di servizi domiciliari nonché di prestazioni a carattere economico.

Le modalità di intervento sono le seguenti:

- a) segretariato sociale;
- b) servizio sociale professionale;
- c) assistenza economica;
- d) assistenza domiciliare;
- e) centri diurni di assistenza e di incontro per minori, inabili ed anziani;
- f) comunità alloggio, case albergo, case protette per minori, anziani, inabili ed altri soggetti privi di assistenza familiare;
- g) centri di accoglienza per ospitalità diurna o residenziale temporanea;
- h) soggiorni di vacanze;
- i) assistenza abitativa;
- l) affidamento familiare e sostegno economico agli affidatari;
- m) interventi in favore dei minori nei rapporti con l'autorità giudiziaria;
- n) interventi di ricovero volti a garantire l'assistenza di tipo continuativo a persone fisicamente non autosufficienti o aventi necessità di interventi diversi da quelli previsti nelle lettere precedenti;
- o) assegni personali in caso di preaffidamento od in conseguenza di dimissioni di minori, di anziani e di inabili già ricoverati;
- p) assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei detenuti e delle vittime del delitto;
- q) assistenza post-penitenziaria;
- r) iniziative volte alla prevenzione del disadattamento e della criminalità minorile mediante la realizzazione di servizi ed interventi finalizzati al trattamento ed al sostegno di adolescenti e di giovani in difficoltà;
- s) altre forme di assistenza anche integrative degli interventi indicati alle lettere precedenti, idonee a sostenere il cittadino in ogni situazione temporanea o permanente di insufficienza di mezzi economici e di inadeguata assistenza familiare.

**Art. 4**  
*(Destinatari dei servizi)*

I servizi e le prestazioni di cui alla presente legge sono rivolti a tutti i cittadini residenti nel territorio regionale. Essi si estendono ai cittadini non residenti e agli stranieri, limitatamente alle prestazioni di carattere urgente. Agli utenti titolari di reddito superiore ai limiti che sono fissati in sede di piano triennale è richiesto il concorso al costo degli interventi e dei servizi, con le procedure di cui all'art. 53.

**Art. 5**  
*(Istituzione del servizio sociale)*

I Comuni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono tenuti ad istituire nell'ambito della propria struttura organizzativa apposito ufficio per il servizio sociale.

Il suddetto ufficio, dotato di adeguati operatori, è preposto alla programmazione, all'organizzazione, alla gestione ed al controllo degli interventi e servizi di carattere socio-assistenziale di competenza comunale. Predisporre altresì un piano triennale, da adottarsi da parte del consiglio comunale.

Il servizio sociale svolge inoltre attività di informazione, di indagini e documentazione, dei problemi sociali e dei servizi presenti nel territorio, anche per i collegamenti con le altre strutture o servizi comunali e con i Presidi socio-sanitari esistenti nel territorio.

I Comuni con popolazione non superiore ai 10.000 abitanti devono disporre, nei propri ruoli, di almeno un assistente sociale ogni 5.000 abitanti.

Titolo II  
Interventi socio-assistenziali in favore delle famiglie,  
dell'infanzia e dell'età evolutiva

**Art. 6**  
*(Tutela sociale della famiglia e della maternità)*

La Regione promuove interventi a favore della famiglia volti ad assicurare condizioni materiali e sociali che permettano la realizzazione del diritto alla maternità ed il libero ed armonico sviluppo del bambino.

**Art. 7**  
*(Interventi e servizi)*

Per le finalità di cui all'articolo precedente, i Comuni singoli od associati istituiscono in favore di gestanti, puerpere e nuclei familiari, in stato di bisogno e di abbandono, i seguenti servizi:

- a) aiuto domestico;
- b) assistenza economica;
- c) creazione di case di accoglienza per gestanti e ragazze madri;
- d) istituzione di comunità di tipo familiare per nuclei familiari in difficoltà;
- e) ogni altra forma di intervento volto a garantire la tutela del minore e del nucleo familiare.

Titolo III  
Programmazione, organizzazione e gestione dei servizi socio-assistenziali

**Art. 12**  
*(Competenze della Regione)*

La Regione, in conformità ai principi di cui al titolo I, svolge nella materia di cui alla presente legge attività di programmazione, coordinamento, controllo, assistenza tecnica ed incentivazione finanziaria.

Per l'espletamento dei compiti di cui al precedente comma la Regione:

- a) predisporre, in conformità all'art. 15, piani triennali dei servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire le finalità nella presente legge;
- b) promuove, attraverso incentivi finanziari, piani di organizzazione e di sviluppo dei servizi socio-assistenziali, che prevedano interventi in aree di maggiore rischio sociale;
- c) predetermina, tenuto conto dei servizi da erogare e delle indicazioni degli enti erogatori, la consistenza numerica degli operatori sociali in rapporto al territorio e ne garantisce la qualificazione;
- d) promuove convenzioni con istituti universitari, enti ed organismi qualificati per iniziative di studio, di ricerca e di formazione, di aggiornamento e di riqualificazione degli operatori sociali;

- e) istituisce l'albo regionale delle istituzioni assistenziali di cui all'art. 26;
- f) esercita il controllo sugli adempimenti attribuiti dalla presente legge agli enti locali e dispone, se necessario, interventi di assistenza tecnica per garantirne l'efficacia, nonché interventi sostitutivi a carico degli organi inadempienti.

### **Art. 13**

*(Comitato regionale per i servizi socio-assistenziali)*

È istituito, presso l'Assessorato regionale degli enti locali, il Comitato consultivo regionale per i servizi socio-assistenziali, presieduto dall'Assessore regionale per gli enti locali o, per delega, dal Direttore regionale e composto da:

- due esperti in materia di servizi socio-assistenziali, nominati dall'Assessore regionale per gli enti locali;
- due esperti nella formazione degli operatori sociali, nominati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali;
- quattro rappresentanti delle associazioni dei Comuni, operanti in Sicilia, scelti tra gli amministratori comunali in carica;
- un rappresentante della sezione siciliana della Unione Province italiane;
- due esperti designati dall'Unione nazionale enti di beneficenza ed assistenza.

Le funzioni di segretario sono svolte da un dirigente in servizio presso l'Assessorato regionale degli enti locali.

Il Comitato dura in carica cinque anni.

Ai componenti del Comitato ed al segretario spetta un gettone di presenza nella misura che sarà determinata dal Presidente della Regione siciliana, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, ai sensi dell'art. 31 della legge regionale 29 aprile 1985, n. 22.

Il Comitato è validamente costituito con l'insediamento di almeno sette componenti.

### **Art. 14**

*(Compiti del Comitato)*

Il Comitato formula lo schema di piano triennale regionale dei servizi socio-assistenziali, e le eventuali modifiche, tenendo conto delle previsioni e delle esigenze espresse nei piani dei Comuni singoli od associati e dei liberi consorzi.

Il Comitato predisporre:

- gli schemi di convenzione di cui all'art. 20;
- gli standards dei servizi socio-assistenziali;
- i piani di formazione ed aggiornamento del personale.

Il Comitato, altresì, esprime parere:

- sui progetti di ristrutturazione e di riqualificazione dei servizi socio-assistenziali d'iniziativa dei Comuni singoli od associati, nonché sui progetti presentati da altri enti che operano in regime di convenzione, al fine di ottenere finanziamenti e contributi;
- sulla misura del concorso finanziario degli utenti al costo dei servizi, in rapporto a fasce di reddito predeterminate;
- su ogni altro argomento sul quale l'Assessore regionale per gli enti locali ritenga di sentirlo.

### **Art. 15**

*(Piano triennale dei servizi socio-assistenziali)*

Il piano triennale dei servizi socio-assistenziali è predisposto dall'Assessorato regionale degli enti locali sulla base dello schema approntato dal Comitato regionale per i servizi socio-assistenziali.

Il piano determina in particolare:

- a) gli obiettivi prioritari da perseguire;
- b) la tipologia dei servizi e degli interventi;
- c) la metodologia degli interventi;
- d) i criteri e le modalità per l'integrazione dei servizi di assistenza sociale con quelli sanitari;
- e) gli indirizzi sulla formazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi;
- f) i limiti di reddito per l'accesso gratuito ai servizi e la quota di partecipazione degli utenti al costo dei servizi stessi.

Il piano è aggiornato ogni tre anni.

L'Assessore regionale per gli enti locali tiene conto delle esperienze acquisite dai Comuni in attuazione di programmi finalizzati.

Il piano è comunicato alla competente commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana che, nel termine di due mesi, può formulare osservazioni e proposte.

L'approvazione è demandata alla Giunta regionale.

Sino all'approvazione del piano triennale, i Comuni, singoli od associati, per la organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi istituiti ai sensi della presente legge si avvalgono dello schema-tipo di regolamento previsto dall'art. 53.

**Art. 16**  
*(Competenze dei Comuni)*

I Comuni, singoli od associati, sono titolari delle funzioni in materia socio-assistenziale previste:

- a) dalla presente legge;
- b) dagli articoli 3 e 4 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1, e successive modifiche;
- c) dalla legge regionale 24 luglio 1978, n. 21;
- d) dalla legge regionale 14 settembre 1979, n. 214;
- e) dalla legge regionale 14 settembre 1979, n. 215;
- f) dalla legge regionale 18 aprile 1981, n. 68;
- g) dalla legge regionale 6 maggio 1981, n. 87;
- h) dalla legge regionale 21 agosto 1984, n. 64;
- i) dal decreto del Presidente della Repubblica 13 maggio 1985, n. 245, salvo le previsioni del successivo art. 17, secondo comma;

l) dal regio decreto 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838 e successive modifiche ed integrazioni, e dalla legge 23 dicembre 1975, n. 698 (1).

Sono altresì, titolari di ogni altra funzione in materia socio-assistenziale prevista dalla legislazione vigente in quanto non espressamente attribuita alla Regione o ad altri enti.

Per l'istituzione di nuovi servizi e la riorganizzazione delle attività assistenziali esistenti i Comuni osservano i principi di cui all'art. 2.

I Comuni predispongono piani triennali comprendenti:

- a) la tipologia dei servizi e delle prestazioni da erogare;
- b) il fabbisogno di personale;
- c) la individuazione degli enti pubblici e privati con i quali intendono stipulare convenzioni;
- d) la previsione dei costi di gestione dei servizi socio-assistenziali.

I servizi di cui alle lettere a, b, c, d, ed e, di cui al secondo comma dell'art. 3 della presente legge, sono gestiti in strutture operative decentrate.

I consigli comunali, in sede di formulazione dei piani triennali, prevedono il graduale decentramento delle strutture operative medesime a livello di quartiere.

(1) Lettera aggiunta dall'art. 12, comma 2, della legge regionale 23 maggio 1991, n. 33.

**Art. 17**  
*(Interventi coordinati ed integrati)*

Al fine di realizzare la previsione contenuta nell'art. 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli interventi socio-assistenziali sono coordinati con i servizi dell'Unità Sanitaria Locale prioritariamente a livello di Distretto.

Il piano triennale di cui all'art. 15 della presente legge individua i servizi che possono essere gestiti a livello di associazioni di Comuni ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 12 agosto 1980, n. 87, o a livello intermedio e determina le modalità operative per il coordinamento.

Dalla data di entrata in vigore della presente legge, i Comuni e le Unità Sanitarie Locali si attengono alle seguenti direttive:

- a) le Unità Sanitarie Locali assicurano i servizi di carattere sanitario integrativi dei servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni;
- b) il Comune, attraverso il servizio sociale, promuove gli interventi di propria competenza che hanno connessione con il settore sanitario, d'intesa con l'ufficio di direzione dell'Unità Sanitaria Locale competente per territorio, e concorre all'attuazione dei programmi integrativi;
- c) l'ufficio di direzione dell'Unità Sanitaria Locale indice riunioni operative con la partecipazione dei responsabili degli uffici di servizio sociale dei Comuni interessati per l'attuazione del piano triennale e delle direttive che saranno emanate ai sensi dell'art. 54 della presente legge;
- d) l'ufficio di direzione delle Unità Sanitarie Locali può richiedere al servizio sociale comunale, ai fini dell'integrazione, trattamenti socio-assistenziali da effettuare sul territorio.

Gli interventi coordinati ed integrati di cui al presente articolo sono preordinati al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- risocializzazione dei dimessi dagli ospedali psichiatrici e dei malati di mente in generale;
- prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- assistenza e reinserimento familiare e sociale dei soggetti portatori di handicap;
- assistenza, protezione e tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva;
- assistenza agli anziani non autosufficienti, a domicilio o mediante ricovero in strutture protette.

Fino all'emanazione della legge quadro sull'assistenza, le fonti di finanziamento della gestione coordinata sono costituite dagli stanziamenti previsti dalle leggi regionali per ciascun settore. A tal fine i Comuni conferiscono alle Unità Sanitarie Locali, con le modalità che saranno previste nel piano triennale di cui all'art. 15, le quote finanziarie proprie destinate al finanziamento dei servizi gestiti in forma associata, nonché i beni e le attrezzature destinati a tali servizi.

#### **Art. 18**

*(Comitato di coordinamento della gestione integrata dei servizi)*

I rapporti organici tra i Comuni e le Unità Sanitarie Locali sono deferiti ad un comitato di coordinamento costituito dai Sindaci dei Comuni facenti parte dell'associazione, ovvero dal consiglio comunale ove l'Unità Sanitaria Locale coincide con il territorio del Comune.

Il comitato di coordinamento o il consiglio comunale:

- a) esprime parere sull'attuazione del piano triennale in ordine alle previsioni riguardanti la gestione integrata dei servizi socio- assistenziali e sanitari;
- b) concorre, d'intesa con il comitato di gestione, annualmente, all'elaborazione del programma degli interventi nei settori di competenza della gestione integrata e coordinata;
- c) esprime pareri e formula proposte sulle risorse finanziarie destinate all'attività integrata;
- d) stabilisce annualmente le quote di partecipazione dei Comuni agli oneri della gestione integrata.

Il comitato di coordinamento si riunisce su convocazione del Sindaco del Comune sede dell'Unità Sanitaria Locale ordinariamente ogni sei mesi e, in via straordinaria, quando ne faccia richiesta un terzo dei Comuni associati.

Il comitato di coordinamento ha sede presso l'Unità Sanitaria Locale; le decisioni assunte ed i pareri espressi sono verbalizzati e di essi viene fatta menzione negli atti deliberativi del comitato di gestione dell'Unità Sanitaria Locale, nonché dei singoli Comuni per quanto di competenza.

Un dipendente dell'Unità Sanitaria Locale svolge funzioni di segretario del comitato.

#### **Art. 19**

*(Determinazione degli standards)*

All'approvazione degli standards strutturali ed organizzativi dei servizi socio-assistenziali istituiti con la presente legge, provvede il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, con proprio decreto entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Per la determinazione degli standards di cui al primo comma l'Assessore regionale per gli enti locali si avvale del gruppo di consulenza di cui all'art. 52.

Per i servizi aperti e residenziali istituiti in favore degli anziani si applicano gli standards determinati in applicazione della legge regionale 6 maggio 1981, n. 87, e successive modifiche ed integrazioni.

#### **Art. 20**

*(Convenzioni)*

1. I Comuni singoli od associati, per la realizzazione dei servizi socio-assistenziali, possono stipulare convenzioni con enti iscritti nell'albo regionale previsto dall'art. 26.

2. Le convenzioni devono prevedere in particolare:

- a) le prestazioni da erogare agli utenti;
- b) i corrispettivi dei costi per i servizi resi;
- c) adeguati strumenti di controllo.

2-bis. I Comuni singoli o associati, per la realizzazione dei servizi socio-assistenziali, stipulano le convenzioni già approvate con D.P. Reg. 4 giugno 1996, n. 158 con gli enti iscritti nell'albo regionale previsto dall'articolo 26 entro e non oltre il 30 giugno di ogni anno. La Regione provvede a vigilare sull'adempimento degli obblighi di cui al presente articolo e ad agire in via sostitutiva rispetto all'ente locale inadempiente (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 13, comma 38, della legge regionale 25 maggio 2022, n. 13.

### Titolo VI Fondi di intervento

#### **Art. 44**

*(Fondo regionale per gli interventi ed i servizi socio-assistenziali)*

La Regione, per il conseguimento delle finalità della presente legge, istituisce nel bilancio regionale un fondo denominato «Fondo per la gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali» da iscrivere nello stato di previsione della spesa dell'Assessorato regionale degli enti locali, destinato al finanziamento dei servizi socio-assistenziali svolti sia a livello associato che di singolo Comune.

Il fondo è costituito:

- a) dalle assegnazioni e dai finanziamenti dello Stato;
- b) da uno stanziamento il cui ammontare sarà determinato con successiva legge regionale;
- c) (*Omissis*) (1).

Al fondo possono affluire gli stanziamenti settoriali pertinenti ai servizi socio-assistenziali riguardanti la sfera materno-infantile, quella della tossicodipendenza, della tutela della salute mentale, dell'assistenza agli anziani ed ai soggetti portatori di handicap.

(1) Lettera abrogata con art. 27 della legge regionale 11 maggio 1993, n. 15.

#### **Art. 45**

*(Criteri per la ripartizione del fondo per gli interventi ed i servizi socio-assistenziali)*

Il fondo di cui all'art. 44 è destinato:

a) quanto al 70 per cento, sulla base della popolazione residente in ciascun Comune secondo i dati dell'Istat dell'ultimo anno disponibile, per le spese connesse al funzionamento dei servizi socio-assistenziali;

b) quanto al 30 per cento, per l'attuazione di investimenti sulla base di documentate richieste da presentare all'Assessore regionale per gli enti locali entro il 31 marzo di ciascun anno, con priorità per i Comuni che hanno particolari carenze di strutture e di Presidi socio-assistenziali.

Le somme assegnate ai sensi della lettera a sono versate ai Comuni con somministrazione trimestrale anticipata. I Comuni sono tenuti ad aprire presso i rispettivi tesorieri apposito conto sul quale verranno versati i predetti fondi.

Le somme assegnate ai sensi della lettera b sono accreditate ai Comuni, singoli od associati, secondo le modalità di cui ai commi dall'uno al quattro dell'art. 35 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1.

**Legge regionale 8 novembre 1988, n. 39** - Determinazione dei requisiti tecnici delle case di cura private per l'autorizzazione alla gestione (*Articoli estratti*).

#### **Art. 1**

*(Individuazione delle case di cura private)*

1. Gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche o giuridiche, che provvedono al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale o alla degenza diurna di cittadini italiani e stranieri ai fini di diagnosi, cura ed eventualmente riabilitazione sono denominati «Case di cura private». È fatto divieto usare l'aggettivo «internazionale» nonché denominazioni o frasi che generino confusione con le strutture sanitarie pubbliche.

#### **Art. 2**

*(Autorizzazione all'apertura, all'ampliamento o alla trasformazione)*

1. L'apertura e lo svolgimento dell'attività delle case di cura, nonché l'esercizio della vigilanza sulle stesse, sono disciplinati dalla presente legge ai sensi dell'articolo 43, primo comma e dell'articolo 44, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e delle disposizioni contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 giugno 1986.
2. I progetti per la costruzione, l'ampliamento o la trasformazione di immobili destinati all'attività di casa di cura privata devono essere approvati dall'Assessorato regionale della sanità sotto il profilo igienico-sanitario ai fini dell'autorizzazione. Non possono essere aperte case di cura private senza l'autorizzazione dell'Assessorato regionale della sanità. Le case di cura autorizzate alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono l'autorizzazione di cui sono in possesso purché in regola con le disposizioni nella stessa legge contenute.
3. L'autorizzazione all'apertura e alla gestione delle case di cura private viene rilasciata dall'Assessore regionale per la sanità nel rispetto della normativa vigente e delle norme contenute nella presente legge, sentita un'apposita commissione in cui sia garantita la presenza dei rappresentanti delle associazioni delle case di cura.
4. Detta commissione è costituita e nominata con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, previo parere della Commissione legislativa «Igiene e sanità, assistenza sociale» dell'Assemblea regionale.

#### **Art. 3**

*(Inadempienza, diffida e revoca dell'autorizzazione)*

1. In caso di accertate inadempienze alle disposizioni della presente legge, l'Assessorato regionale della sanità diffida la casa di cura ad eliminarle entro un congruo termine. Scaduto il termine stabilito nella diffida senza che si sia ottemperato alla diffida stessa, l'autorizzazione all'esercizio resta sospesa.
2. L'Assessorato regionale della sanità può disporre la revoca definitiva dell'autorizzazione nel caso di gravi e/o reiterate infrazioni della presente legge.

#### **Art. 4**

*(Controllo e vigilanza sulle case di cura private)*

1. Il controllo sulle attività ed in ordine ai ricoveri effettuati presso le case di cura private convenzionate o non convenzionate è effettuato dal servizio di medicina ospedaliera dell'Unità Sanitaria Locale competente per territorio.
2. La vigilanza sulle case di cura private viene esercitata dall'Assessorato regionale della sanità nell'ambito di quanto forma oggetto della propria competenza autorizzativa.
3. È fatto obbligo ai responsabili delle case di cura private di:
  - a) fornire, a richiesta, tutte le notizie relative alle attività soggette a vigilanza, corredate dall'eventuale documentazione;
  - b) richiedere preventivamente all'Assessorato la autorizzazione ad effettuare qualunque modifica non prevista dall'atto autorizzativo.

#### **Art. 5**

*(Attività di riabilitazione e di day hospital)*

1. La Regione siciliana privilegia l'istituzione e la trasformazione delle case di cura private finalizzate all'esercizio di attività riabilitative e di day hospital in conformità alle disposizioni sui requisiti strutturali e sulla organizzazione dei servizi che saranno emanate con apposito decreto dell'Assessore regionale per la sanità.
2. Possono concorrere all'erogazione dell'assistenza specialistica, con i limiti previsti dall'articolo 4 della legge n. 412/1991, strutture poliambulatoriali e di day hospital, finalizzati alle attività strumentali, di visita, di dialisi, di prestazioni chirurgiche eseguibili senza regime di ricovero completo (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 35 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30.

## **Art. 6**

*(Tipologia e requisiti delle case di cura private)*

1. Le case di cura private sono così distinte:

a) case di cura medico-chirurgiche generali, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale, alla chirurgia generale ed eventualmente a specialità mediche e chirurgiche:

b) case di cura mediche, destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale ed a specialità mediche;

c) case di cura chirurgiche, destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale ed a specialità chirurgiche;

d) case di cura ad indirizzo polispecialistico, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti a due o più specialità, tutte rientranti nell'ambito della medicina generale oppure della chirurgia generale;

e) case di cura di indirizzo monospecialistico destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti ad una sola specialità medica o chirurgica;

f) case di cura ad indirizzo specifico (neuropsichiatriche, sanatoriali, ortopedico-riabilitative, riabilitative e di day-hospital ecc.).

2. *(Omissis)* (1)

3. *(Omissis)* (1)

4. Le case di cura che dispongono delle soprariportate branche specialistiche sono classificabili di altissima specializzazione se dispongono di tutti o parte dei seguenti servizi in relazione alla specialità esercitata: TAC; PET; RMN; angiografia digitalizzata; densitometria ossea; medicina nucleare in vivo; terapia radiante (cobalto, acceleratore lineare, curiterapia ecc.). I suddetti servizi tecnologicamente avanzati, se istituiti e gestiti in forma associata o consortile, in relazione alla tipologia ed alla dimensione delle case di cura, possono, con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, essere riconosciuti quali servizi di ciascuna casa di cura, purché, in relazione alla loro localizzazione spaziale nel contesto urbano e della viabilità di collegamento, la loro utilizzabilità sia tale da non compromettere la loro specifica funzione e finalità. Con decreto assessoriale sarà previsto un apposito compenso aggiuntivo onnicomprensivo per le prestazioni di alta e altissima specializzazione. Le unità sanitarie locali competenti per territorio, per motivate esigenze riconosciute dall'Assessorato regionale della sanità, possono richiedere alle case di cura l'istituzione di servizi di pronto soccorso generale e specialistico il cui compenso sarà determinato con decreto dell'Assessore per la sanità.

5. L'apertura e l'esercizio di case di cura private sul territorio della Regione siciliana sono subordinati al possesso dei requisiti stabiliti dallo schema allegato alla presente legge.

(1) Commi abrogati dall'art. 139, comma 41, della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4.

## **Art. 7**

*(Adeguamento degli organici)*

1. Le case di cura della Regione sono tenute ad adeguare gli organici del personale medico, paramedico ed ausiliario ai parametri che saranno stabiliti dai provvedimenti normativi nazionali nella materia.

## **Art. 8**

*(Inceneritori)*

1. Le case di cura in esercizio già autorizzate per l'applicazione dell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1982, n. 915, sono tenute entro novanta giorni dalla pubblicazione della presente legge a chiedere all'Assessorato regionale del territorio e dell'ambiente la verifica della rispondenza alle norme dell'inceneritore esistente nelle stesse case di cura.

**Legge regionale 3 novembre 1993, n. 30** – Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle Unità Sanitarie Locali (*Articoli estratti*).

Titolo I  
Principi generali

**Art. 1**  
(*Recepimento di norme*)

1. Nel territorio della Regione siciliana si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 con le modificazioni di cui agli articoli seguenti, salvo quanto previsto dalla legge regionale 1° settembre 1993, n. 25 e nel rispetto dei principi ordinatori della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

**Art. 2**  
(*Soggetti*)

1. Fermi restando le funzioni ed i poteri di indirizzo, programmazione, verifica e controllo della Regione siciliana, concorrono alla programmazione sanitaria regionale elaborata dalla Regione le Unità Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e, per quanto di competenza, le università nel rispetto dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 502/1992.
2. Svolgono ruolo consultivo i policlinici universitari, le Province regionali, le organizzazioni regionali professionali degli operatori del settore, le organizzazioni sindacali, le associazioni degli utenti dei servizi sanitari, le altre forze sociali organizzate e le associazioni di volontariato.
3. Le Unità Sanitarie Locali possono assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli enti locali con onere a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con contabilità separata. L'Unità Sanitaria Locale procede alla erogazione solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.
4. La Regione garantisce, nello svolgimento delle attività del Servizio Sanitario Regionale, il coordinamento fra e con tutti gli enti, aziende e servizi che svolgono attività comunque incidenti sullo stato della salute dei cittadini.
5. Alle Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere e ai policlinici universitari sono attribuiti compiti attuativi degli atti di indirizzo e programmazione adottati dalla Regione siciliana.

**Art. 3**  
(*Metodologia della programmazione*)

1. Sulla base del Piano Sanitario Regionale ciascuna Unità Sanitaria Locale e ciascuna azienda ospedaliera predispone il piano annuale di attuazione distinto per ognuno dei settori sanitari, accompagnato da una relazione nella quale dovranno essere specificati almeno i seguenti indicatori di processo:
  - a) volumi di attività svolta;
  - b) indicatori di efficienza dei servizi evidenziando le aree di sottoutilizzazione ed indicando i correttivi da adottare e le relative esigenze di personale, attrezzature e strutture;
  - c) costi desunti dalla contabilità per centri di costo;
  - d) indici di soddisfazione dei livelli minimi assistenziali;
  - e) bisogni non soddisfatti individuati, indicando le necessità in termini di personale, attrezzature e strutture e i relativi costi presunti;
  - f) percentuali di raggiungimento degli obiettivi assegnati dal Piano Sanitario Regionale vigente e cause di eventuali ritardi.A tal fine l'Assessore regionale per la sanità predisporrà uno schema di pianificazione tipo.
2. I piani annuali sono predisposti entro il 30 ottobre di ciascun anno, nei limiti delle risorse previste nel progetto di bilancio preventivo della Regione per l'anno a cui gli stessi piani si riferiscono, e attuano la parte finanziata dei piani triennali, tenendo conto ed esplicitando le ulteriori fasi rinviate agli anni successivi. Essi sono sottoposti all'approvazione dell'Assessore regionale per la sanità il quale provvede nei trenta giorni successivi.
3. Il bilancio preventivo economico, che accompagna il piano annuale di cui al comma 2, è approvato dall'Assessore regionale per la sanità, previo parere dell'Assessore regionale per il bilancio, che si intende positivo se non reso entro venti giorni dal ricevimento.

**Art. 4**  
(*Procedure di verifica sanitaria*)

1. Le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere verificano semestralmente i risultati raggiunti, attraverso gli indicatori di processo di cui al comma 1 dell'articolo 3.

2. Le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere elaborano, con cadenza annuale, attraverso indicatori di risultato, una relazione da inviare, entro il 30 gennaio dell'anno successivo, all'Assessorato regionale della sanità, secondo schemi definiti dall'Assessorato medesimo, al fine della verifica complessiva con particolare riferimento alle prestazioni erogate ed alle spese sostenute.

#### **Art. 5**

*(Conto consuntivo e relazione sull'attività)*

1. Entro il 30 aprile di ogni anno, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere presentano all'Assessorato regionale della sanità il conto consuntivo dell'esercizio precedente accompagnato da una relazione che evidenzia la situazione della spesa sanitaria di competenza con gli obiettivi raggiunti.
2. Sulla base delle singole relazioni di cui agli articoli precedenti, l'Assessore regionale per la sanità presenta annualmente alla Giunta regionale una relazione sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.
3. Il Presidente della Regione presenta annualmente all'Assemblea regionale siciliana la relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi, unitamente al rendiconto sullo stato di utilizzazione degli stanziamenti in conto capitale a carico del Servizio Sanitario Nazionale e degli altri finanziamenti previsti nel piano triennale.

#### **Titolo II**

**Organizzazione delle Unità Sanitarie Locali  
e ambiti territoriali**

#### **Art. 7**

*(Funzioni e organizzazione delle Unità Sanitarie Locali)*

1. Le Unità Sanitarie Locali erogano l'assistenza sanitaria attraverso i Presidi Ospedaliere e i servizi sanitari extraospedalieri.
2. L'organizzazione e la gestione competono al Direttore generale dell'Unità Sanitaria Locale, coadiuvato dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari, nonché dal coordinatore dei servizi sociali, se previsto, giusta quanto indicato dall'articolo 3 del decreto legislativo n. 502/1992.
3. Per l'espletamento della propria funzione il Direttore generale si avvarrà di settori organizzativi sanitari e amministrativi che sostituiscono i servizi previsti dall'articolo 5 della legge regionale 6 gennaio 1981, n. 6.
4. Le Unità Sanitarie Locali si articolano nei settori amministrativi e sanitari di seguito riportati:
  - a) settori amministrativi:
    - 1) settore affari generali e legali, contenzioso;
    - 2) settore affari del personale;
    - 3) settore affari economico-finanziari;
    - 4) settore tecnico e patrimoniale;
    - 5) settore provveditorato ed economato.
  - b) settori sanitari:
    - 1) igiene, sanità pubblica, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
    - 2) assistenza sanitaria di base, specialistica e riabilitativa e medicina fiscale e legale;
    - 3) farmaceutica;
    - 4) assistenza ospedaliera pubblica e privata;
    - 5) salute mentale e tossicodipendenze;
    - 6) sanità pubblica veterinaria.
5. Il settore è diretto da un dirigente di II livello dirigenziale in possesso di laurea in materia afferente alla specificità del settore, gerarchicamente subordinato al Direttore amministrativo o al Direttore sanitario, e che ad esso risponde dell'attività cui è preposto. Il dirigente del settore sarà individuato dal Direttore generale tra i responsabili dei servizi appartenenti al settore, tenendo conto della anzianità di servizio nel ruolo e delle capacità professionali. La funzione ha durata triennale ed è rinnovabile previa verifica dei risultati ottenuti.
6. Il settore assicura il raccordo, la integrazione e il razionale svolgimento delle diverse funzioni di sua spettanza su base dipartimentale.
7. Il Piano Sanitario Regionale individua:
  - a) le competenze dei settori tenuto conto anche della classificazione contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992 e le modalità di funzionamento degli stessi anche in relazione alle dotazioni organiche;
  - b) la loro articolazione ed organizzazione in servizi, ivi compresi i servizi sociale e infermieristico per la promozione e la valutazione dei servizi e delle prestazioni incluso il coordinamento e il monitoraggio delle medesime. Ciascun servizio si articolerà in moduli organizzativi secondo il contratto nazionale di lavoro (1);
  - c) le modalità operative della conferenza di servizio dei dirigenti di settore sulla base di un regolamento tipo da emanare da parte dell'Assessore regionale per la sanità entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.
8. I settori amministrativi e sanitari dovranno predisporre annualmente un programma di interventi, con i relativi obiettivi da raggiungere, nonché i criteri per l'utilizzo del personale ivi compreso quello appartenente alle équipe itineranti, attivando

la conferenza di servizio costituita da tutti i capisettore, che, oltre a stabilire annualmente i programmi e gli obiettivi, dovrà trimestralmente procedere alla verifica dei risultati raggiunti.

9. Le commissioni mediche di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295, istituite presso le Unità Sanitarie Locali, svolgono la loro attività con autonomia tecnico-funzionale dai settori e sono coordinate direttamente dal Direttore generale.

10. Il Piano Sanitario Regionale definirà i rapporti tra Aziende Ospedaliere e Unità Sanitarie Locali per il funzionamento delle componenti ospedaliera e territoriale dei servizi di tutela della salute mentale, che dovranno mantenere organizzazione e direzione unitarie.

(1) Lettera così modificata dall'art. 15 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25.

## **Art. 8** (*Distretti Sanitari*)

1. Il Distretto deve assicurare almeno le seguenti prestazioni sanitarie:

- a) vigilanza e primi interventi riguardo all'igiene dell'ambiente (acqua, aria, suolo, abitato);
- b) polizia mortuaria;
- c) controllo igienico-sanitario, vigilanza e interventi elementari riguardo agli alimenti ed alle bevande;
- d) rilevazione e denunce di malattie infettive e diffuse;
- e) raccolta dei dati igienico-ambientali;
- f) vigilanza e interventi elementari negli ambiti di lavoro;
- g) visite di assunzione al lavoro;
- h) visite periodiche per soggetti e gruppi a rischio;
- i) certificazioni medico-legali correnti quali inabilità al lavoro, stato di gravidanza, assistenza al parto;
- l) controlli medico-fiscali correnti;
- m) assistenza medico-generica e pediatrica in forma ambulatoriale e domiciliare sia presso l'abitazione che presso il temporaneo luogo di soggiorno protetto;
- n) coordinamento organizzativo-sanitario dell'attività dei medici generici e pediatri;
- o) assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare;
- p) assistenza sanitaria nelle scuole;
- q) assistenza per la tutela dell'attività sportiva non agonistica;
- r) assistenza specialistica diagnostico-analitica e strumentale a supporto dell'assistenza di base;
- s) assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare;
- t) assistenza ai disturbati psichici;
- u) assistenza ai tossicodipendenti;
- v) assistenza ai portatori di handicap;
- w) assistenza per la tutela materno-infantile;
- z) assistenza agli anziani;
- aa) guardia medica e turistica, pronto intervento e trasporto infermi;
- bb) distribuzione dei farmaci, ai sensi dell'articolo 28 della legge n. 833/1978, e distribuzione dei prodotti sanitari;
- cc) consulenza farmaceutica;
- dd) sanità veterinaria;
- ee) controllo igienico-sanitario sulla produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale;
- ff) igiene dell'allevamento e delle produzioni animali.

Nel Distretto vengono in particolare assicurate la prenotazione e l'accettazione programmata delle prestazioni, nonché lo svolgimento, nell'ambito dei programmi regionali, dell'attività di educazione sanitaria.

2. Per facilitare l'accesso degli utenti alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale, ove esistano Presidi Ospedalieri di Unità Sanitarie Locali e/o Presidi poliambulatoriali, le attività sanitarie vanno concentrate, di norma, nello stesso Presidio. A tal fine il Piano Sanitario Regionale prevede la razionale utilizzazione di detti Presidi anche mediante opere di riconversione e/o ristrutturazione.

3. L'area sub-distrettuale è un modulo funzionale flessibile tendente a rendere le prestazioni sanitarie dei vari operatori più vicine alla domanda sanitaria.

## **Art. 9** (*Consiglio dei sanitari*)

1. Presso le Aziende Unità Sanitarie Locali, nonché presso le Aziende Ospedaliere è istituito il consiglio dei sanitari che rende:

- a) parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti;
- b) pareri sulle attività di assistenza sanitaria. Il parere è da intendersi reso favorevolmente ove non sia stato espresso entro dieci giorni dalla richiesta.

2. Il consiglio dei sanitari, in considerazione della diversa tipologia assistenziale, è così composto:

- a) per le Aziende Unità Sanitarie Locali in cui siano presenti uno o più Presidi Ospedalieri da:
- 1) il Direttore sanitario dell'Unità Sanitaria Locale con funzioni di presidente;
  - 2) i capi dei settori sanitari;
  - 3) i responsabili sanitari dei Presidi Ospedalieri;
  - 4) un medico ospedaliero di II livello dirigenziale per ciascuna delle tre aree di medicina, chirurgia e dei servizi, eletto tra il personale di ciascuna area;
  - 5) tre medici di I livello dirigenziale dei Presidi Ospedalieri, eletti fra gli stessi;
  - 5-bis) due medici di II° livello dirigenziale e due medici di 1° livello dirigenziale in servizio presso le strutture territoriali, eletti rispettivamente dai medici di ciascun livello (1);
  - 5-ter) due medici specialisti ambulatoriali eletti tra quelli in servizio presso la relativa azienda (1).
  - 6) tre laureati non medici, di cui due eletti tra il personale in servizio presso i Presidi Ospedalieri ed uno eletto tra il personale delle strutture territoriali;
  - 7) un farmacista ospedaliero di II livello dirigenziale;
  - 8) il responsabile del servizio di assistenza infermieristica;
  - 9) tre unità di personale tecnico sanitario, di cui due eletti tra il personale in servizio presso i Presidi Ospedalieri ed uno eletto tra il personale delle strutture territoriali;
  - 10) tre operatori professionali, di cui due eletti tra il personale in servizio presso i Presidi Ospedalieri ed uno eletto tra il personale delle strutture territoriali;
- b) per le Aziende Ospedaliere da:
- 1) il Direttore sanitario dell'azienda con funzioni di presidente;
  - 2) i capi-Dipartimento;
  - 2-bis) il responsabile sanitario del Presidio Ospedaliero o i responsabili sanitari dei Presidi Ospedalieri, qualora nell'ambito dell'azienda ospedaliera siano presenti più Presidi (1).
  - 3) un medico di II livello dirigenziale, per ognuna delle aree funzionali omogenee di cui all'articolo 28, comma 2 e comma 3, eletto tra gli stessi;
  - 4) un medico di I livello dirigenziale, per ogni area funzionale omogenea, eletto tra gli stessi;
  - 5) tre laureati non medici, di cui un biologo ed un farmacista, eletti tra gli stessi;
  - 6) il responsabile del servizio di assistenza infermieristica;
  - 7) due unità di personale tecnico sanitario, elette tra il personale in servizio;
  - 8) due operatori professionali, eletti tra il personale in servizio.
- 2-bis. Nella composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende Ospedaliere viene comunque assicurata la presenza dei Direttori sanitari dei Presidi ivi insistenti (2).
3. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge l'Assessore regionale per la sanità stabilirà con apposito decreto il regolamento operativo e le modalità di elezione dei componenti.

(1) Numeri aggiunti dall'art. 13 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25.

(2) Comma aggiunto dall'art. 13 della legge regionale n. 25/1996.

### **Art. 11** (Interventi sostitutivi)

1. Qualora gli organi delle Aziende Unità Sanitarie Locali o delle Aziende Ospedaliere omettano di compiere un atto obbligatorio per legge, l'Assessore regionale per la sanità, previa diffida con assegnazione di un termine per provvedere, nomina un commissario ad acta.
2. In caso di mancanza del legale rappresentante dell'Azienda Unità Sanitaria Locale o dell'azienda ospedaliera, nelle more della nomina da parte del Presidente della Regione del nuovo titolare, l'Assessore regionale per la sanità nomina un commissario straordinario con il compito di provvedere agli atti indifferibili ed urgenti per la continuità gestionale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale o ospedaliera.

### **Art. 13** (Assistenza specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio)

1. L'assistenza specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di terapia fisica e riabilitativa, è erogata dal Servizio Sanitario Regionale secondo quanto previsto dall'articolo 8, commi 5, 6 e 7 del decreto legislativo n. 502/1992.
2. (Omissis) (1)
3. Il Piano Sanitario Regionale stabilisce la tipologia dei poliambulatori e le interazioni funzionali con le attività di base e di ricovero e definisce gli standards strutturali, tecnologici e di personale cui le strutture societarie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale devono ottemperare nel rispetto delle prestazioni specialistiche erogate.

(1) Comma omissis per impugnativa dinanzi alla Corte costituzionale da parte del Commissario statale per la Regione siciliana. Con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, la Corte costituzionale ha dichiarato cessata la materia del contendere.

**Art. 14**  
(Attività riabilitativa)

1. Nel Piano Sanitario Regionale sono definiti lo sviluppo, l'organizzazione e la programmazione degli interventi di natura assistenziale sanitaria nel campo della riabilitazione, avendo riferimento alla globalità dell'intervento fisico e psichico ed all'unitarietà degli obiettivi.
2. Gli interventi, per la complessità e gradualità delle problematiche riabilitative, sono articolati e collocati sia a livello ospedaliero che a livello distrettuale nelle strutture pubbliche e private, nei limiti previsti dall'articolo 13, comma 1.

**Art. 15**  
(Educazione alla salute)

1. L'educazione alla salute costituisce una funzione di ogni livello del sistema socio-sanitario regionale ed ha carattere multidisciplinare interessando varie professionalità sia del campo sociale, psicologico e pedagogico che di quello medico e sanitario.
2. Le azioni strategiche individuate sono:
  - a) la costituzione nelle Unità Sanitarie Locali di unità operative per l'educazione alla salute (COES) alle dipendenze del Direttore sanitario, con il compito di programmare, gestire e valutare le attività di educazione alla salute, e di un comitato per l'educazione alla salute (COES) con compiti di coordinamento e proposta. In ogni Distretto è costituito un COES di Distretto in cui le funzioni di referente per l'educazione alla salute saranno svolte da un funzionario non apicale del ruolo sanitario o del ruolo tecnico. Le unità operative per l'educazione sanitaria e le corrispondenti strutture di Distretto costituiscono il riferimento per i cittadini e le associazioni per la tutela dei diritti degli utenti dei servizi, fra i quali in primo luogo il diritto all'informazione corretta anche ai sensi della legge regionale 30 gennaio 1991, n. 7. All'interno di tali strutture dovrà essere assicurata la presenza delle diverse professionalità interessate all'educazione alla salute;
  - b) la creazione di rapporti organici con il mondo della scuola a livello di Distretto, di Unità Sanitaria Locale e di Regione che realizzino collaborazioni stabili di tipo simmetrico, anche attraverso la redazione di protocolli d'intesa;
  - c) il potenziamento delle attività di medicina preventiva e di educazione alla salute della Regione anche attraverso la promozione di campagne di educazione alla salute e medicina preventiva, la produzione di audiovisivi, l'attività di documentazione, la formazione in educazione sanitaria degli operatori delle Unità Sanitarie Locali, della scuola e del volontariato.

**Art. 16**  
(Comitato bioetico)

1. In ciascuna azienda ospedaliera è istituito un Comitato per la valutazione dei protocolli terapeutici sperimentali.
2. Il Comitato bioetico è composto da:
  - a) il Direttore sanitario dell'azienda, che lo presiede;
  - b) i capi Dipartimento;
  - c) un magistrato designato dal Presidente del Tribunale territorialmente competente;
  - d) un avvocato designato dall'Ordine degli avvocati territorialmente competente;
  - e) un operatore del campo psico-sociale, designato dal Direttore generale.

**Art. 18**  
(Sistema informativo sanitario)

1. La Regione siciliana attiva il Sistema informativo sanitario (SIS) che costituisce l'insieme delle strutture e delle procedure aventi per scopo la rilevazione, l'elaborazione e la diffusione dei dati informativi, relativi alla gestione ed al governo delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, nonché l'uniformità di procedure e stampati.
2. Il sistema informativo sanitario assicura la base delle conoscenze e delle valutazioni necessarie, ai vari livelli di governo, per una corretta impostazione delle decisioni in ordine alla politica sanitaria ed al buon utilizzo delle risorse.
3. Il sistema informativo sanitario, articolato nei due livelli centrale o regionale (SIR) e locale (SIL), deve rispondere sia alle esigenze informative della gestione delle competenze regionali, sia alla funzione di programmazione, verifica e controllo e trasmettere le informazioni elaborate a livello nazionale.
4. Il sistema informativo sanitario trova il necessario supporto in un sistema informatico computerizzato ed attivato nei due livelli del sistema medesimo, secondo criteri e modalità che saranno determinati nel Piano Sanitario Regionale.
5. Il Sistema informativo regionale (SIR):
  - a) costituisce il centro di coordinamento organizzativo e operativo delle unità periferiche confluenti nel sistema informativo locale;
  - b) raccoglie le informazioni derivanti da tali unità, ne elabora la sintesi in forma omogenea e ne cura la trasmissione alla direzione economico finanziaria dell'Assessorato regionale della sanità e all'Osservatorio epidemiologico regionale;
  - c) opera in stretto coordinamento con l'Osservatorio epidemiologico regionale, quale fonte dei dati che l'Osservatorio elabora e utilizza per adempiere alle funzioni di cui all'articolo 18 della legge regionale n. 6/1981;

d) diffonde informazioni provenienti da fonti nazionali e comunitarie sul territorio regionale rendendo tempestiva la diffusione di notizie di carattere scientifico e sanitario.

6. Per l'attuazione del Sistema informativo sanitario locale (SIL) è istituito presso le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere l'Ufficio del sistema informativo e statistico, posto alle dirette dipendenze del Direttore generale, con le seguenti funzioni:

a) raccolta, elaborazione e valutazione di informazioni economiche e sanitarie che i settori delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono tenuti obbligatoriamente a fornire, sia con periodicità da stabilire che a richiesta;

b) trasmissione al sistema informativo regionale delle informazioni necessarie alla programmazione e al controllo delle attività sanitarie;

c) utilizzazione delle informazioni per la gestione dei servizi dei Presidi sanitari;

d) predisposizione dei piani operativi delle aziende di cui all'articolo 3;

e) valutazione economico-finanziaria di efficienza e valutazione dell'efficacia dei servizi delle aziende;

f) valutazione epidemiologica dei bisogni sanitari, dello stato di salute e della incidenza/prevalenza della patologia nella popolazione dell'Unità Sanitaria Locale;

g) collaborazione con l'Osservatorio epidemiologico regionale alla esecuzione di indagini epidemiologiche e valutative;

h) organizzazione e gestione del sistema informativo delle aziende.

7. Nello svolgimento delle loro funzioni gli uffici del sistema informativo e statistico mantengono uno stretto collegamento con il sistema informativo regionale e con l'Osservatorio epidemiologico regionale che provvede, ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale n. 6/1981, alla definizione delle metodologie di raccolta ed elaborazione delle informazioni.

### Titolo III

#### Formazione del personale e istituzione del centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario

##### Art. 19

###### *(Formazione ed aggiornamento del personale)*

1. La formazione e l'aggiornamento del personale rappresentano attività di importanza centrale per lo sviluppo del servizio sanitario.

2. Il Piano Sanitario Regionale stabilisce le modalità di realizzazione delle azioni strategiche relative:

a) all'individuazione del fabbisogno del personale infermieristico, tecnico e di riabilitazione per il triennio di riferimento e delle sedi delle relative scuole, del numero di posti a disposizione per ciascuna di esse, nonché all'adozione di standards regionali relativi ai requisiti minimi strutturali e di organico che le scuole devono possedere, in linea con quanto stabilito dall'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992;

b) all'applicazione dell'accordo regionale per il personale del Servizio Sanitario Nazionale in merito all'aggiornamento in quanto come diritto-dovere degli operatori;

c) alla quota di specializzandi presso le strutture regionali, distinti per disciplina, sulla base delle esigenze del Servizio Sanitario Regionale, determinata ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo n. 502/1992.

3. Il Piano Sanitario Regionale prevede una quota di risorse a destinazione vincolata per l'attuazione del presente articolo.

##### Art. 20

###### *(Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario - CEFPAS)*

1. È istituito, con sede in Caltanissetta, il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario (CEFPAS). Il Centro ha personalità giuridica di diritto pubblico e un ente del Servizio Sanitario Regionale e provvede (1):

a) alla formazione permanente e all'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari e della scuola, limitatamente all'ambito socio-sanitario, in accordo alla programmazione regionale sulla materia elaborata dall'Assessorato regionale della sanità;

b) alla realizzazione, in collaborazione con l'istituto superiore di sanità, di una scuola superiore di sanità per i dirigenti del servizio sanitario;

c) alla ricerca nel campo delle scienze sanitarie nelle materie della formazione, della educazione alla salute e della prevenzione;

d) alle attività di promozione ed educazione alla salute e di medicina preventiva;

e) alla collaborazione con le università siciliane per le rispettive esigenze didattiche e scientifiche;

f) allo svolgimento di convegni scientifici, seminari ed incontri di studio;

g) alla realizzazione di studi e pubblicazioni, nonché di qualsiasi altra attività ed iniziativa utile al conseguimento dei propri scopi.

2. Le attività di cui al comma 1 possono essere svolte anche in favore del personale delle altre Regioni e di paesi in via di sviluppo, a titolo oneroso.

3. Il Centro cura la realizzazione nelle Unità Sanitarie Locali della Regione di una rete di documentazione e multimediale per l'aggiornamento professionale che comprende la messa a disposizione di accessi alle banche dati, la fornitura di materiale bibliografico e di sussidi audiovisivi e ogni altro servizio correlato.
4. Il Centro concorre con le sue strutture al conseguimento dei fini di cui all'articolo 6 del decreto legislativo n. 502/1992. A tale scopo e per il perseguimento dei suoi compiti, il Centro può stipulare convenzioni con le università, con le Unità Sanitarie Locali, con le Aziende Ospedaliere e con gli altri enti operanti nel campo sanitario.
5. All'atto della sua istituzione, il patrimonio del Centro è costituito dal complesso di immobili, impianti, arredi e attrezzature ubicato a Caltanissetta, in contrada S. Elia, realizzato dall'Unità Sanitaria Locale n. 16 di Caltanissetta con il finanziamento del Fondo investimenti ed occupazione.

(1) Alinea così modificato dall'art. 25, comma 2, della legge regionale 16 gennaio 2024, n. 1.

#### **Art. 22** (Funzionamento del Centro)

1. Il rapporto di lavoro del personale del Centro è di diritto privato. Per il perseguimento dei suoi particolari fini, il Centro può fare ricorso ad assunzioni di personale con contratto a termine di diritto privato anche a tempo parziale.
2. Ai fini di assicurare la funzionalità del Centro il Presidente della Regione può disporre, su richiesta del Direttore generale, il comando di un massimo di dieci unità di personale scelte tra i dipendenti della Regione (1).
3. Il contingente del personale comandato non può eccedere, per fascia di qualifica, le quantità seguenti:
  - a) dirigenti: tre;
  - b) assistenti: tre;
  - c) dattilografi: quattro.
4. Le spese di esercizio sono finanziate annualmente con una quota del fondo sanitario regionale determinata triennialmente nell'ambito della legge di bilancio regionale.
5. Le spese per l'adeguamento tecnologico ed edilizio sono finanziate con apposito capitolo del bilancio regionale.
6. Si applicano al Centro le disposizioni vigenti per i bilanci delle Unità Sanitarie Locali.

(1) Comma così modificato dall'art. 139, comma 48, della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4.

#### **Art. 23** (Accreditamento delle istituzioni private)

1. L'Assessore regionale per la sanità, entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, adotta i criteri per l'accreditamento ai fini della individuazione delle istituzioni private di cui all'articolo 6, comma 3 del decreto legislativo n. 502/1992.

### Titolo IV Rete dell'assistenza ospedaliera e dell'emergenza sanitaria

#### **Art. 24** (Strutture ospedaliere)

1. La rete della assistenza ospedaliera è costituita da:
  - a) strutture ospedaliere a gestione diretta del Servizio Sanitario Regionale;
  - b) strutture sanitarie convenzionate obbligatoriamente ai sensi degli articoli 39, 40, 41, 42 e 43 della legge n. 833/1978;
  - c) strutture private, convenzionate, ai sensi degli articoli 43, primo comma, e 44, secondo comma, della legge n. 833/1978 (1).
2. Le strutture ospedaliere a gestione diretta del Servizio Sanitario Regionale di cui alla lettera a) del comma 1, entro la scadenza del Piano Sanitario Regionale, devono essere riorganizzate secondo quanto previsto dagli articoli successivi.
3. Le strutture sanitarie convenzionate, di cui alla lettera b) del comma 1, concorrono alla rete ospedaliera, secondo quanto già stabilito dalle convenzioni stipulate al momento dell'entrata in vigore della presente legge.
4. (Omissis) (2)

(1) Lettera così modificata dall'art. 3, comma 1, della legge regionale 21 aprile 1995, n. 39.

(2) Comma abrogato dall'art. 129, comma 12, della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2.

#### **Art. 25** (Aziende e Presidi)

1. L'assistenza ospedaliera è organizzata secondo i principi di cui alla legge n. 412/1991 e al decreto legislativo n. 502/1992. Sono costituiti in azienda ospedaliera con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica:

- a) gli ospedali di rilievo nazionale;
  - b) gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992.
2. L'individuazione e l'articolazione delle Aziende Ospedaliere di cui alla lettera b) è stabilita dal Piano Sanitario Regionale. Il riconoscimento della loro personalità giuridica è effettuato con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, sentita la Commissione legislativa "Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana.
3. Il Piano Sanitario Regionale individua altresì le strutture ospedaliere che, ai sensi della legge n. 412/1991, entro la scadenza del triennio devono essere riconvertite o dismesse.
4. Nell'ambito dei bilanci delle Unità Sanitarie Locali i Presidi Ospedaliere di Unità Sanitaria Locale dovranno essere finanziati su base budgettaria.
5. La gestione, l'amministrazione ed il finanziamento delle Aziende Ospedaliere e dei policlinici universitari sono disciplinati ai sensi del citato articolo 4 del decreto legislativo n. 502/1992.

#### **Art. 26**

*(Criteri generali di programmazione della rete ospedaliera)*

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 502/1992, per la classificazione dei Presidi Ospedaliere di rilievo nazionale e degli ospedali di riferimento regionale della rete di emergenza, finalizzata al riconoscimento della personalità giuridica e dell'autonomia organizzativa, la rete ospedaliera del Servizio Sanitario Regionale è organizzata secondo il seguente sistema unitario:
- a) bacini infraregionali tendenzialmente esaustivi;
  - b) classificazione delle funzioni in fasce;
  - c) classificazione dei Presidi in rapporto alla compatibilità con le funzioni espletabili;
  - d) livelli scalari di prestazioni per bacini di utenza crescenti, anche al fine della loro integrazione all'interno della rete;
  - e) massima integrazione con la rete extraospedaliera anche al fine di ricondurre gli ospedali alla funzione di trattamento delle patologie acute nel triplice aspetto di ricovero, di ospedalità diurna e di poliambulatorio;
  - f) miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della gestione degli ospedali.

#### **Art. 27**

*(Obiettivi e standards per la rete ospedaliera)*

1. Sulla base dei criteri di cui agli articoli precedenti, gli obiettivi e gli standards della rete ospedaliera sono i seguenti:
- a) adeguamento quantitativo ai fini del riequilibrio della dotazione dei posti letto per acuti su base provinciale, infraregionale dei bacini sub-regionali con i seguenti indici di riferimento:
    - 1) 4,5 per mille almeno su base provinciale;
    - 2) 5,5 per mille su base infraregionale;
    - 3) 6 per mille come limite massimo nei quattro bacini sub-regionali ivi compreso lo 0,5 per mille per la riabilitazione e la degenza post- acuzie.Tali indici devono trovare applicazione entro il triennio successivo all'entrata in vigore della presente legge e sono riferiti ai posti letto degli ospedali rispondenti alla classificazione di cui al successivo articolo 28, dei policlinici convenzionati, degli ospedali privati classificati e di quelli della ospedalità privata. Restano esclusi dal computo i posti letto relativi al residuo manicomiali e quelli residenziali extraospedalieri delle residenze sanitarie assistenziali;
  - b) adeguamento dei livelli di funzionalità e decoro dei Presidi in rete attraverso:
    - 1) estesi interventi sostitutivi di Presidi obsoleti e rifunzionalizzazione degli ospedali inferiori a 120 posti letto, ad eccezione dei Presidi Ospedaliere che il Piano Sanitario Regionale giudicherà da non rifunzionalizzare in rapporto a comprovate esigenze sanitarie e socio-assistenziali del territorio, valutate secondo criteri oggettivi indicati nello stesso piano;
    - 2) interventi di ampliamento, completamento, trasformazione- ristrutturazione e accorpamento di Presidi funzionalizzabili e loro messa a norma;
  - c) integrazione della rete per le emergenze sanitarie organizzata in forma dipartimentale, con punte di qualificazione massimali a proiezione mediterranea;
  - d) fruibilità delle prestazioni dei Presidi anche nella forma ambulatoriale e di day hospital cui va assegnato, a regime, il 10 per cento della dotazione ordinaria dei posti, in media regionale, con esclusione di quelli delle terapie intensive;
  - e) accentramento a regime delle funzioni ospedaliere in Presidi a dotazione di posti letto fra 300 e 800, assicurando una messa in efficienza, almeno di minima, degli ospedali compresi tra 120 e 300 posti letto esistenti e da non rifunzionalizzare, nonché di quelli indicati al punto 1 della lettera b);
  - f) razionalizzazione delle reti ospedaliere delle aree metropolitane di Palermo e Catania, con accentramento in un numero contenuto di Presidi di appropriato livello, e perfezionamento della rete ospedaliera di Messina;
  - g) parametri tendenziali di funzionalità per unità operative pari al 75 per cento minimo per il tasso di utilizzazione e alla durata media di degenza pari a giorni 9;
  - h) riorganizzazione degli ospedali in Dipartimenti funzionali interni previa individuazione di aree funzionali omogenee, secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale, assicurando la presenza obbligatoria di day hospital e la istituzione

di camere a pagamento ai sensi dell'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo n. 502/1992 e garantendo l'attività libero-professionale intramuraria anche in regime ambulatoriale.

#### **Art. 28**

*(Organizzazione ospedaliera)*

1. Le funzioni ospedaliere sono organizzate, se ed in quanto presenti nello stesso Presidio, per aree funzionali omogenee.
2. Le aree funzionali omogenee di ricovero e cura sono:
  - a) area di terapia intensiva;
  - b) area chirurgica;
  - c) area medica;
  - d) area materno-infantile;
  - e) area riabilitativa.
3. Le aree funzionali omogenee dei servizi sono:
  - a) area igienico-organizzativa;
  - b) area di diagnostica strumentale e di laboratorio;
  - c) area terapeutica senza posti letto compreso il poliambulatorio.
4. Il Piano Sanitario Regionale determina i bacini di utenza per fasce di complessità crescente nelle quali si articolano le funzioni ospedaliere e l'articolazione per disciplina delle singole aree funzionali omogenee.

#### **Art. 29**

*(Aree funzionali e Dipartimenti ospedalieri)*

1. Per aree funzionali omogenee devono intendersi insieme di spazi di degenza e di servizio in cui i posti letto complessivi, pur derivanti dai moduli di cui al decreto del Ministro della Sanità 13 settembre 1988 come attribuzione delle diverse unità operative dell'area, vengono utilizzati come posti letto indistinti d'area funzionale, rimanendo alle unità operative l'autonomia in ordine alle patologie di competenza nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini o complementari, ma con l'uso comune di risorse umane e strumentali e secondo direttive del Dipartimento corrispondente all'area.
2. I servizi diagnostico-terapeutici degli ospedali pubblici della rete regionale sono organizzati su base dipartimentale ai sensi dell'articolo 17 della legge n. 833/1978.
3. I Dipartimenti rappresentano un insieme finalizzato di risorse concorrenti allo scopo di favorire la globalità dell'intervento rispetto al bisogno assistenziale e all'economicità della gestione. Sono compiti del Dipartimento:
  - a) l'organizzazione dei flussi assistenziali all'interno dell'area;
  - b) la razionale ed economica gestione delle risorse in termini di personale, spazi, attrezzature e Presidi assegnati all'area e alla programmazione dei fabbisogni;
  - c) la definizione delle modalità di lavoro attraverso l'individuazione di opportuni protocolli;
  - d) la verifica periodica della attuazione dei programmi di intervento.
4. Entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge le Aziende Ospedaliere e le Unità Sanitarie Locali provvedono a deliberare la riorganizzazione dipartimentale dei Presidi Ospedalieri e a disciplinarne le attività mediante l'adozione di un regolamento.

#### **Art. 30**

*(Organizzazione del Dipartimento ospedaliero)*

1. Al funzionamento del Dipartimento ospedaliero è preposto un comitato composto da:
  - a) i responsabili delle unità operative facenti parte del Dipartimento;
  - b) gli aiuto-corresponsabili delle unità operative, eletti dagli operatori di tale qualifica in servizio nelle stesse unità operative, in numero pari alla metà dei membri di cui alla lettera a);
  - c) i rappresentanti elettivi del personale non medico in servizio nelle stesse unità operative, in misura corrispondente alla metà dei membri di cui alla lettera a).
2. Il comitato dura in carica due anni ed ha il compito di:
  - a) garantire l'attuazione dei compiti del Dipartimento;
  - b) convocare l'assemblea degli operatori del Dipartimento qualora se ne ravvisi l'opportunità;
  - c) eleggere un coordinatore fra i responsabili apicali.
3. Il coordinatore rimane in carica per un periodo uguale a quello del comitato e può essere riconfermato. Presso il suo ufficio sarà costituito un supporto amministrativo affidato alla responsabilità di un funzionario delegato alla gestione dei centri di spesa corrispondenti al Dipartimento.

### **Art. 31**

*(Finalità del Dipartimento ospedaliero)*

1. Le finalità del Dipartimento sono:

a) sperimentazione ed adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente, permettono un soggiorno più breve all'utente stesso in ospedale, con particolare riferimento al day hospital;

b) miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture del Dipartimento con particolare riferimento al rispetto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso ed al comfort dei ricoverati in applicazione della legge regionale n. 7/1991;

c) sviluppo delle attività cliniche, di ricerca e di studio;

d) miglior efficienza ed integrazione delle attività delle unità operative del Dipartimento per il raggiungimento del miglior servizio al costo più contenuto.

2. A tale scopo concorrono:

a) una organizzazione coordinata degli ambulatori del Dipartimento ed una collocazione fisica di tutti gli ambulatori dell'ospedale in unica sede;

b) un impiego più esteso delle sale operatorie, allocate in un gruppo operatorio unico, per non meno di cinque giorni settimanali;

c) un tasso operatorio dei ricoverati presso le unità operative chirurgiche pari almeno al 75 per cento;

d) l'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di 12 ore giornaliere per 6 giorni settimanali;

e) l'utilizzo comune di personale di supporto amministrativo, di spazi per le riunioni, di apparecchiature e Presidi;

f) la determinazione previsionale per l'approvvigionamento dei beni di consumo commisurati ai reali bisogni di tutte le unità operative del Dipartimento.

### **Art. 32**

*(Rete ospedaliera regionale)*

1. La rete ospedaliera a gestione diretta del Servizio Sanitario Nazionale nella Regione siciliana è articolata in:

a) aziende di rilievo nazionale costituite da:

1) uno o più Presidi Ospedalieri che abbiano complessivamente i requisiti previsti dall'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo n. 502/1992, se individuati dal Piano Sanitario Regionale;

2) uno o più Presidi Ospedalieri che abbiano complessivamente i requisiti previsti dall'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, se individuati dal Piano Sanitario Regionale;

b) aziende di riferimento regionale per l'emergenza costituite dagli ospedali che hanno – o per i quali il piano regionale preveda – tutti i requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 e successive modificazioni o integrazioni. Le aziende di riferimento regionale per l'emergenza hanno bacino di utenza provinciale e sono classificabili in ospedali di riferimento regionale di 3° e di 2° livello della rete regionale per i servizi di emergenza a seconda dei servizi esistenti nel loro contesto o previsti dal Piano Sanitario Regionale. Può essere classificato ospedale di riferimento regionale per l'emergenza di 3° livello un solo Presidio Ospedaliero per ciascun bacino di utenza infraregionale che abbia nel suo contesto l'alta specialità per l'emergenza;

c) Presidi Ospedalieri di area e ospedali specializzati;

d) ospedali di comunità. Il bacino d'utenza di riferimento dell'ospedale di comunità è compreso entro 120.000 abitanti. Negli ospedali di comunità è istituito il servizio di urgenza, inserito nella rete di emergenza e accettazione, dotato di posti letto di osservazione per le attività di pronto soccorso.

2. La aliquota di utilizzazione di posti letto negli ospedali di ogni classificazione deve essere verificata per ogni singolo Presidio e per ciascuna delle specialità previste.

3. In ogni azienda di riferimento regionale per l'emergenza di 3° e di 2° livello e nei Presidi Ospedalieri di area è istituito un Dipartimento di emergenza e accettazione.

4. Il Piano Sanitario Regionale prevede in maniera differenziata a seconda dei livelli le unità operative di degenza e quelle diagnostiche che costituiscono il modello organizzativo del Presidio stesso, nel rispetto di quanto previsto dai precedenti articoli.

5. Il Piano Sanitario Regionale prevede prioritariamente le risorse necessarie per l'adeguamento a regime delle aziende di rilievo nazionale e delle aziende di riferimento regionale per l'emergenza di 3° e di 2° livello, secondo i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502/1992 e dalla presente legge.

6. Nell'arco temporale del primo Piano Sanitario Regionale e comunque non oltre quello del secondo piano, è previsto, per le aziende di rilievo nazionale costituite da più Presidi Ospedalieri, il loro accorpamento in un unico stabilimento ospedaliero.

7. I requisiti di ospedale di comunità o di Presidi Ospedalieri di area o specializzati sono stabiliti dal Piano Sanitario Regionale.

### **Art. 33**

*(Regime assistenziale ospedaliero)*

1. L'assistenza ospedaliera è resa nella forma del ricovero ordinario, d'urgenza o di elezione programmata, a ciclo diurno in day hospital e nella forma di chirurgia a ciclo breve e di spediizzazione domiciliare.
2. L'assistenza ospedaliera può essere, altresì, resa in forma indiretta, previa autorizzazione dell'Unità Sanitaria Locale, anche in Italia o all'estero, secondo le norme nazionali e regionali vigenti, quando il Servizio Sanitario Regionale non è in grado di assicurare la prestazione entro tempi compatibili con la patologia da trattare.

### **Art. 34**

*(Spediizzazione diurna)*

1. Nel regime di spediizzazione diurna vengono effettuati i ricoveri presso le unità operative ospedaliere per fini diagnostici, curativi e riabilitativi e possono essere fornite le seguenti prestazioni:
  - a) piccoli interventi chirurgici, indagini diagnostiche a maggior complessità e a moderata invasività;
  - b) prestazioni molteplici pluridisciplinari da aggregare nell'arco di diverse ore della giornata;
  - c) recupero e riabilitazione funzionale intensivi e con prestazioni applicative varie;
  - d) terapia iniettiva e trattamenti farmacologici particolari;
  - e) prestazioni molteplici di tipo integrato per particolari aree di intervento: medicina dello sport, valutazioni funzionali interdisciplinari, visite periodiche dei lavoratori, diabete.
2. Il regime di spediizzazione diurna deve essere:
  - a) programmato;
  - b) di durata inferiore alle dodici ore;
  - c) idoneo per prestazioni multiprofessionali ed interdisciplinari;
  - d) di durata nettamente superiore a quella di una ordinaria prestazione ambulatoriale;
  - e) ripetitivo.
3. La disponibilità di posti letto per la spediizzazione diurna è computata in "posti letto equivalenti" che corrispondono ai fini organizzativi a posti letto ordinari.
4. Gli indicatori di performance dell'attività di spediizzazione diurna sono i seguenti:
  - a) giorni attività/settimana: 5; giorni anno: 270;
  - b) indice di rotazione: 1,5-2 per posto letto;
  - c) tasso di utilizzazione dei posti letto: 90-100 per cento.
5. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere provvedono a deliberare il numero dei posti letto di day hospital attribuiti a ciascuna divisione. È fatto divieto di utilizzare i posti letto di day hospital per i ricoveri ordinari e viceversa, tranne che per comprovati motivi di urgenza.

### **Art. 36**

*(Rete per l'emergenza)*

1. Gli obiettivi degli interventi nell'area dell'emergenza sono:
  - a) la realizzazione di una rete regionale organica, articolata su poli standardizzati quanto a livello di esaustività, ciascuno corrispondente ad un definito e tendenzialmente ottimale bacino territoriale, modulare e scalare;
  - b) la realizzazione di una rete integrata ospedale-territorio, con dislocazione dei Presidi periferici tale da ottimizzare il tempo necessario per l'accesso;
  - c) la dotazione di supporti informatici e telematici per il soccorso nelle isole minori e nelle aree interne.La Regione razionalizza e potenzia il sistema di emergenza sanitaria del quale è titolare anche attraverso l'istituzione del numero unico per l'emergenza 118 e attraverso la riorganizzazione del sistema delle guardie mediche che saranno inserite nella rete di emergenza.
2. Sono ricomprese in un'unica ed unitaria rete regionale per l'emergenza le entità operative del Servizio Sanitario Regionale con i seguenti obiettivi:
  - a) la realizzazione di una rete regionale organica in ognuno dei quattro poli, in strutture ospedaliere con servizi di urgenza e Dipartimenti di accettazione, emergenza ed urgenza di 3°, 2° e 1° livello e in strutture territoriali integrate con le prime;
  - b) la realizzazione di quattro centrali operative, una per ognuno dei bacini infra-regionali, per la gestione del sistema di emergenza e del numero unico per l'emergenza 118, secondo le modalità indicate dalla Conferenza Stato-Regioni. La gestione delle centrali operative per i quattro bacini di utenza è effettuata anche mediante la Croce Rossa Italiana;
  - c) l'inserimento organico del servizio di elisoccorso nel sistema regionale del numero unico per l'emergenza 118.
3. Secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 1, lettera b), fanno parte obbligatoriamente dei Dipartimenti di emergenza di 3° e 2° livello e del servizio di urgenza di I livello le unità operative di seguito indicate per ciascuno di essi:
  - a) Dipartimenti di emergenza di 3° livello, aventi sede negli ospedali di riferimento regionale per l'emergenza:
    - 1) servizio di pronto soccorso;
    - 2) servizio di radiologia;

- 3) servizio di patologia clinica;
  - 4) servizio di anestesia e rianimazione;
  - 5) divisione di neurochirurgia;
  - 6) divisione di cardiologia;
  - 7) servizio di unità coronarica;
  - 8) divisione di chirurgia d'urgenza e, in caso di non istituzionalizzazione della stessa, una delle divisioni di chirurgia generale, anche secondo turni stabiliti dalla direzione sanitaria;
  - 9) divisione di ortopedia e traumatologia;
  - 10) servizio di immunoematologia e trasfusionale;
  - 11) divisione di ostetricia e ginecologia;
  - b) Dipartimenti di emergenza di 2° livello:
    - 1) servizio di pronto soccorso;
    - 2) servizio di radiologia;
    - 3) servizio di patologia clinica o servizio di immunoematologia e trasfusionale;
    - 4) servizio di anestesia e rianimazione;
    - 5) servizio di unità coronarica;
    - 6) divisione di chirurgia d'urgenza e, in caso di non istituzionalizzazione della stessa, una delle divisioni di chirurgia generale, anche secondo turni stabiliti dalla direzione sanitaria;
    - 7) divisione di ostetricia e ginecologia;
  - c) servizi di urgenza di 1° livello:
    - 1) servizio di pronto soccorso;
    - 2) servizio di anestesia e rianimazione;
    - 3) divisione di medicina generale;
    - 4) divisione di chirurgia generale;
    - 5) divisione di ostetricia e ginecologia.
4. Le Unità Sanitarie Locali potranno individuare altre divisioni e servizi, tra quelli già istituiti e funzionanti, che possono concorrere a costituire il Dipartimento stesso, previa autorizzazione dell'Assessore regionale per la sanità.
5. Ogni unità operativa che concorre al Dipartimento di emergenza, pur mantenendo la propria autonomia funzionale, per quanto concerne l'attività di emergenza attivata dalla centrale operativa farà capo ad un coordinatore individuato con le modalità di cui all'articolo 30, comma 2, lettera c).
6. La individuazione e la classificazione degli ospedali di riferimento regionale di 3° e 2° livello della rete di emergenza sono effettuate nel Piano Sanitario Regionale, che individua altresì i Presidi Ospedalieri facenti parte della rete di emergenza sede di servizio di urgenza di 1° livello, nonché gli ospedali di comunità con servizio di urgenza.

## Titolo V

Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia.  
Funzioni in materia di igiene, veterinaria e medicina del lavoro

### Art. 42

*(Tutela della salute nei luoghi di lavoro)*

1. Sono attribuite all'Assessorato regionale della sanità le funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività di prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro svolte dai servizi territoriali delle Unità Sanitarie Locali.
2. L'Unità Sanitaria Locale svolge le attività di prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro previste dagli articoli 20 e 21 della legge n. 833/1978. In particolare competono all'Unità Sanitaria Locale:
  - a) l'individuazione dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento degli ambienti di lavoro;
  - b) la comunicazione dei dati accertati e la loro diffusione nei luoghi di lavoro e di residenza dei lavoratori;
  - c) la prescrizione delle misure conseguenti alle attività ispettive di competenza dell'Unità Sanitaria Locale ai sensi dell'articolo 21 della legge n. 833/1978;
  - d) le indicazioni delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento dell'ambiente di lavoro;
  - e) la formazione di mappe di rischio con l'obbligo delle aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche;
  - f) gli accertamenti sanitari sui lavoratori, dipendenti e autonomi, esposti ai fattori di rischio;
  - g) i pareri sui nuovi insediamenti produttivi e le altre attività autorizzative previste dalle norme vigenti;
  - h) la formazione, informazione ed educazione alla salute ed alla sicurezza sul lavoro.
3. L'Unità Sanitaria Locale esercita le attività di cui al comma 2 attraverso apposito servizio di medicina del lavoro facente parte del settore igiene, sanità pubblica, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro. Il servizio di medicina del lavoro è articolato a livello distrettuale solo funzionalmente. Il Piano Sanitario Regionale individua le modalità organizzative e l'utilizzo del personale ai vari livelli territoriali di cui all'articolo 6.

Titolo VI  
Funzioni dell'Assessorato regionale per la sanità

**Art. 44**  
(*Medicina fiscale*)

1. Le funzioni di medicina fiscale e legale effettuate dall'Ispettorato regionale sanitario nei confronti del personale dipendente della Regione sono trasferite alle Unità Sanitarie Locali competenti per territorio.

**Art. 45**  
(*Commissione medica regionale*)

1. Nella commissione di cui all'articolo 14-ter della legge regionale 3 giugno 1975, n. 27, inserito dall'articolo 2 della legge regionale 23 luglio 1977, n. 66, l'ispettore regionale sanitario può essere sostituito da un ispettore sanitario superiore del ruolo tecnico della sanità a tal fine designato dall'Assessore regionale per la sanità.

**Art. 46**  
(*Direzione dell'Osservatorio epidemiologico*)

1. È istituita la direzione regionale dell'Osservatorio epidemiologico, della prevenzione e della formazione permanente. Il Direttore è equiparato a Direttore regionale del ruolo amministrativo ed è nominato con decreto del Presidente della Regione, previa delibera della Giunta regionale, tra gli ispettori sanitari superiori con almeno cinque anni di servizio nella qualifica.

Titolo I  
Principi e finalità

**Art. 1**  
(*Oggetto e finalità*)

1. La presente legge, in conformità ai principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e nel decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante “Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed università, a norma dell’articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”, integra e modifica quanto disposto dalla legislazione regionale in materia sanitaria, con particolare riferimento a:

- a) strumenti e procedure della programmazione;
- b) organizzazione e ordinamento del Servizio Sanitario Regionale;
- c) erogazione delle prestazioni;
- d) criteri di finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e degli enti del settore;
- e) disposizioni patrimoniali e contabili delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;
- f) sistema della rete dell'emergenza-urgenza sanitaria Servizio 118.

2. Le norme della presente legge sono finalizzate a rendere compatibile l'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale con il mantenimento e la riqualificazione dell'offerta assistenziale complessiva al fine di garantire il diritto all'erogazione appropriata ed uniforme dei Livelli essenziali di assistenza.

**Art. 2**  
(*Principi*)

1. La Regione esercita funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, degli enti del settore e di tutti i soggetti, pubblici e privati, che svolgono attività sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario ed a cui compete l'attuazione degli obiettivi definiti nella programmazione sanitaria regionale.

2. Il Servizio Sanitario Regionale assicura agli utenti, in relazione al fabbisogno assistenziale, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di prevenzione e di educazione alla salute, nell'ambito delle risorse disponibili ed in coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

3. Il Servizio Sanitario Regionale:

- a) ispira la propria azione al principio della sussidiarietà solidale e della complementarità tra gli erogatori dei servizi;
- b) pone a proprio fondamento la centralità e la partecipazione del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;
- c) assicura la universalità e la parità di accesso ai servizi sanitari nel rispetto del diritto di libera scelta dei cittadini nell'ambito dei soggetti pubblici e privati accreditati entro i limiti fissati dal successivo articolo 25;
- d) garantisce attraverso le Aziende sanitarie provinciali, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie, nonché le strutture pubbliche e private accreditate, i Livelli essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione tendenti ad assicurare l'autosufficienza su base provinciale;
- e) rimuove le cause strutturali di inadeguatezza al fine di garantire che l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza sia uniforme, efficace, appropriata ed omogenea in tutto il territorio regionale;
- f) rende effettiva l'integrazione socio-sanitaria, ai sensi della legge 8 novembre 2000, n. 328 e dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001.

4. Il Servizio Sanitario Regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare:

- a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- b) l'ottimale organizzazione delle modalità di accoglienza e accesso alla rete dei servizi nell'ambito del Distretto Sanitario;
- c) il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata accreditata in funzione di una equilibrata distribuzione territoriale dell'offerta avuto riguardo alla complessità delle prestazioni erogate anche attraverso l'accorpamento e/o l'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue o sovradimensionate e la rifunzionalizzazione di Presidi Ospedalieri sottoutilizzati o a bassa complessità con razionali modelli organizzativi più rispondenti agli accertati bisogni di salute;
- d) il superamento della frammentazione e/o duplicazione delle strutture organizzative esistenti, attraverso processi di aggregazione in Dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale;

e) processi di razionale distribuzione, presso strutture pubbliche, nel rispetto della vigente normativa, dei contratti e degli accordi sindacali, del personale eventualmente risultante in esubero per effetto del riordino della rete ospedaliera pubblica;

f) il potenziamento dei servizi e dei posti letto necessari alle attività di riabilitazione, lungodegenza e post-acuzie;

g) una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva extraregionale;

h) l'attuazione del principio di responsabilità attraverso l'implementazione di un completo controllo di gestione per la verifica dell'appropriatezza, qualità, efficacia, efficienza ed economicità delle prestazioni e dell'operato dei suoi responsabili, sulla base di consolidati criteri tecnico-scientifici e mediante l'informatizzazione delle funzioni e delle dinamiche sanitarie.

## Titolo II Programmazione sanitaria

### **Art. 3** *(Programmazione sanitaria regionale)*

1. Il Piano Sanitario Regionale definisce, nell'ambito della compatibilità finanziaria ed in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, gli strumenti e le priorità idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale in ottemperanza ai Livelli essenziali di assistenza, agli indirizzi della politica sanitaria regionale nonché alle disposizioni della presente legge. Esso è attuato nella programmazione sanitaria locale secondo quanto disposto nei successivi articoli.

2. Il Piano Sanitario Regionale è proposto dall'Assessore regionale per la sanità, acquisito il prescritto parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, istituita dalla legge regionale 9 ottobre 2008, n. 10, e sentita la Consulta regionale della sanità, di cui all'articolo 17 della presente legge, che esprime le proprie osservazioni entro trenta giorni dalla richiesta.

3. Il Piano Sanitario Regionale ha durata triennale. Esso è approvato con decreto del Presidente della Regione, previa delibera della Giunta regionale, acquisito il parere vincolante della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana. Con le stesse modalità si procede all'approvazione delle modifiche che si rendessero necessarie entro i tre anni di vigenza.

4. In sede di prima applicazione della presente legge il Piano Sanitario Regionale è approvato con la procedura di cui al comma 3 entro duecentoquaranta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Ai fini del monitoraggio dello stato di attuazione degli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Regionale, con particolare riferimento allo stato di salute della popolazione, e dei relativi livelli di spesa, l'Assessore regionale per la sanità predispone, entro il 30 aprile di ogni anno, un'apposita relazione sullo stato del Servizio Sanitario Regionale dettagliatamente corredata dei dati necessari. La relazione è illustrata alla Giunta regionale e successivamente trasmessa all'Assemblea regionale siciliana.

5-bis. Gli atti di programmazione di cui alla presente legge, di competenza dell'Assessore o della Giunta regionale, sono adottati previo parere della competente Commissione legislativa permanente dell'Assemblea regionale siciliana (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 21, comma 1, della legge regionale 22 febbraio 2023, n. 2.

### **Art. 4** *(Partecipazione alla programmazione sanitaria regionale)*

1. Partecipano all'elaborazione degli atti della programmazione sanitaria regionale per quanto di loro competenza:

a) le Università degli studi di Palermo, Catania e Messina, in relazione agli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali di didattica e di ricerca ed in conformità al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517;

b) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca pubblici e privati, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del Servizio Sanitario Regionale.

2. I rapporti tra la Regione ed i soggetti di cui al comma 1 sono definiti, in conformità alla vigente normativa, sulla base di specifici accordi e protocolli d'intesa che individuano gli ambiti e le modalità di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze del settore sanitario.

3. Le associazioni di categoria del settore sanitario maggiormente rappresentative, le associazioni di volontariato e quelle di tutela dei diritti dell'utenza maggiormente rappresentative concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alla vigente normativa, alla realizzazione delle finalità del Servizio Sanitario Regionale e alle attività di assistenza sociale.

### **Art. 5** *(Programmazione sanitaria locale)*

1. Sono atti della programmazione sanitaria locale:

a) i piani attuativi delle Aziende sanitarie provinciali e delle Aziende Ospedaliere di cui alla presente legge;

b) i programmi definiti a livello di bacino di cui ai commi 8 e 9;

- c) le intese e gli accordi di cui all'articolo 4.
2. Il Piano attuativo è l'atto, di durata triennale, con il quale le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende Ospedaliere programmano, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal Piano Sanitario Regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo.
3. Il Piano attuativo delle Aziende sanitarie provinciali, adottato dal Direttore generale, previo parere obbligatorio della Conferenza dei Sindaci di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, è trasmesso all'Assessorato regionale della sanità ai fini della verifica di congruenza con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino.
4. Il Piano attuativo delle Aziende Ospedaliere, adottato dal Direttore generale, è trasmesso all'Assessorato regionale della sanità per le verifiche di compatibilità con gli atti di programmazione.
5. Il parere di cui al comma 3 deve essere reso entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta trascorsi i quali si intende favorevolmente reso.
6. Il Piano attuativo triennale si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività da parte del Direttore generale che li trasmette all'Assessorato regionale della sanità entro il 31 gennaio di ciascun anno per le verifiche di compatibilità con gli atti di programmazione.
7. Il Direttore generale espone nella relazione sanitaria aziendale, da trasmettere obbligatoriamente all'Assessorato della sanità entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'attività svolta ed i risultati raggiunti, valutati, anche sulla base di specifici indicatori, in relazione agli obiettivi definiti nel programma annuale.
8. Le Aziende sanitarie provinciali, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale attraverso la programmazione interaziendale di bacino finalizzata all'ottimale integrazione delle attività sanitarie delle Aziende facenti parte del medesimo bacino in relazione agli accertati fabbisogni sanitari ed alle esigenze socio-sanitarie.
9. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 8 sono individuati i seguenti bacini:
- a) "Bacino Sicilia occidentale", riferito alle Province di Palermo, Agrigento, Caltanissetta e Trapani, comprendente le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende Ospedaliere ricadenti negli indicati territori nonché l'Azienda Ospedaliera universitaria di Palermo;
- b) "Bacino Sicilia orientale", riferito alle Province di Catania, Messina, Siracusa, Ragusa ed Enna, comprendente le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende Ospedaliere ricadenti negli indicati territori e le Aziende Ospedaliere Universitarie di Catania e di Messina. In detto bacino è individuata una specifica area comprendente le Province di Messina e di Enna per sviluppare programmi finalizzati a corrispondere a particolari bisogni di salute correlati alle peculiarità dei territori montani, alla frammentazione territoriale ed alle caratteristiche orografiche nonché ai flussi di utenza extraregionale.
10. Al fine di programmare e monitorare gli interventi di cui al comma 8, in ciascun bacino è costituito un Comitato, coordinato dall'Assessore regionale per la sanità o da un suo delegato, composto dai Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie, facenti parte del relativo territorio. Le forme di costituzione e le modalità di funzionamento del Comitato sono determinate con successivo decreto dell'Assessore regionale per la sanità da adottarsi, previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.
11. A livello di bacino le Aziende sanitarie provinciali, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie, sulla base degli indirizzi programmatici e delle direttive formulate dal Comitato di cui al comma 10:
- a) organizzano in modo funzionale i servizi di supporto e determinano forme di acquisto di beni e servizi in modo centralizzato o comunque coordinato;
- b) individuano aree di riferimento omogenee nell'ambito delle quali attivare tipologie di interventi per corrispondere a specifiche esigenze assistenziali connesse anche alle peculiarità locali e territoriali;
- c) promuovono attività Comuni per lo sviluppo di specifici progetti e servizi in modo coordinato, costituendo, se necessario, anche Dipartimenti tecnico-scientifici interaziendali;
- d) concorrono allo sviluppo e alla razionalizzazione delle attività ospedaliere in rete anche mediante l'organizzazione di specifici servizi finalizzati a rendere funzionale il coordinamento interaziendale e l'individuazione di modelli gestionali.

Titolo IV  
Aziende e Distretti del Servizio Sanitario Regionale

**Art. 9**  
*(Organizzazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale)*

1. Le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende Ospedaliere sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.
2. Sono organi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale:
- a) il Direttore generale che nomina un Direttore amministrativo ed un Direttore sanitario a norma dei commi 1-quater e 1-quinquies dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- b) il Collegio sindacale.
3. L'organizzazione e il funzionamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale in conformità alle previsioni di cui alla legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni, sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato.

4. L'atto aziendale è adottato dal Direttore generale sulla base degli indirizzi forniti dall'Assessore regionale per la sanità.
5. L'organizzazione delle Aziende di cui ai commi 1, 2 e 3 è modulata, anche attraverso specifici modelli gestionali, in rapporto ai bacini di utenza ed al numero delle sopresse Aziende di cui ciascuna costituita Azienda assume funzioni, attività e competenze.
6. Gli atti aziendali delle Aziende sanitarie provinciali di Catania, Messina e Palermo possono prevedere modelli organizzativi differenziati in ragione delle dimensioni del territorio di competenza e del numero di utenti assistiti.
7. I compensi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali e delle Aziende Ospedaliere, da corrispondere comunque entro il limite massimo previsto dalla vigente normativa, sono differenziati, sulla base di quanto determinato con apposita deliberazione della Giunta regionale, in ragione del rilievo, anche economico, delle singole Aziende e del relativo bacino di utenza.
8. In ogni Azienda del Servizio Sanitario Regionale è istituito, senza alcun onere economico aggiuntivo, un Comitato consultivo composto da utenti e operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento. Il Comitato consultivo esprime pareri non vincolanti e formula proposte al Direttore generale in ordine agli atti di programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei Piani di educazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio Sanitario Regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari nazionale e regionale, redigendo ogni anno una relazione sull'attività dell'Azienda. Il Comitato formula altresì proposte su campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui requisiti e criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi medesimi. Collabora con l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) presente in ogni Azienda per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dai cittadini.
9. Con apposito decreto, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Assessore regionale per la sanità disciplina le modalità di costituzione, funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti, articolazioni e composizione dei Comitati consultivi aziendali.
- 9-bis. I componenti del Collegio sindacale non possono svolgere il relativo incarico per più di due volte nella stessa azienda indipendentemente dalla durata dell'incarico stesso. Fermo restando il completamento dell'eventuale incarico in corso, ai fini di ulteriore nomina, deve tenersi conto anche degli incarichi precedenti all'entrata in vigore della presente disposizione (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 11, comma 59, della legge regionale 9 maggio 2012, n. 26.

#### **Art. 10**

*(Aziende sanitarie provinciali)*

1. Nell'ambito di ogni Provincia opera un'Azienda sanitaria provinciale che assicura l'assistenza sanitaria attraverso le attività ospedaliere e le attività territoriali. Il Direttore generale garantisce l'espletamento delle predette attività attribuendo a ciascuna le necessarie risorse nel rispetto dei criteri fissati in sede di assegnazione regionale ed anche al fine di attuare le previsioni di cui all'articolo 2, comma 4, lettera a).

#### **Art. 11**

*(Distretti Ospedalieri)*

1. L'attività ospedaliera, coordinata dalla direzione aziendale, è erogata attraverso i Distretti Ospedalieri dell'Azienda sanitaria provinciale che operano mediante un'organizzazione in rete anche al fine di assicurare all'utente l'appropriatezza del percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione.

2. In ciascuna Azienda sanitaria provinciale i Distretti Ospedalieri sono costituiti dall'aggregazione di uno o più Presidi Ospedalieri appartenenti alle sopresse Aziende Unità Sanitarie Locali con le sopresse Aziende Ospedaliere, nonché dalle aggregazioni degli altri Presidi Ospedalieri parimenti appartenenti alle sopresse Aziende Unità Sanitarie Locali, individuati dalla Tabella "A" che costituisce parte integrante della presente legge. I Distretti Ospedalieri così come costituiti, si integrano funzionalmente al loro interno e tra di loro per dare attuazione ai principi sanciti dall'articolo 2, comma 4, lettere c) e d). In funzione della prevista aggregazione ed integrazione il Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale, con atto motivato, può sottoporre all'approvazione dell'Assessore regionale per la sanità, l'unificazione o una diversa articolazione dei Distretti Ospedalieri.

3. Il Distretto Ospedaliero:

a) costituisce la struttura funzionale dell'Azienda sanitaria provinciale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni di ricovero e di quelle specialistiche ambulatoriali, intra ed extra-ospedaliere, erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali del Distretto;

b) assicura l'erogazione uniforme dell'attività ospedaliera sull'intero territorio di riferimento;

c) favorisce l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee guida che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;

d) riorganizza le attività ospedaliere in funzione delle modalità assistenziali, dell'intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero.

4.-6. (*Omissis*) (1)

7. Le strutture ospedaliere di 3° livello esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono la qualificazione di Presidi di 3° livello di emergenza.

(1) Commi abrogati dall'art. 9, comma 1, della legge regionale 28 gennaio 2014, n. 5.

**Art. 12**  
(*Distretti Sanitari*)

1. L'attività territoriale, coordinata dalla direzione aziendale, è erogata attraverso i Distretti Sanitari dell'Azienda sanitaria provinciale (1).
2. I Distretti Sanitari, nel numero e nei relativi ambiti territoriali di competenza, sono individuati, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Regione su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale, acquisito il parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana. In ogni caso i nuovi Distretti Sanitari devono coincidere con gli ambiti territoriali dei Distretti socio-sanitari.
3. Il Distretto deve coincidere con l'ambito territoriale dell'intero Comune o di quelli di più Comuni con divieto di frammentazione territoriale. Nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina sono istituiti uno o più Distretti Sanitari fatte salve eventuali difformi previsioni da definirsi in sede di Piano Sanitario Regionale.
4. Con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale, al fine di assicurare una migliore omogeneità dell'offerta sanitaria, tenuto conto dell'ubicazione dei Presidi sanitari, delle infrastrutture di trasporto e della natura dei luoghi, può derogarsi, nella determinazione degli ambiti territoriali dei Distretti e conseguentemente delle Aziende sanitarie provinciali, dai confini amministrativi delle Province regionali interessate.
5. Il Distretto Sanitario costituisce l'articolazione dell'Azienda sanitaria provinciale all'interno della quale, in conformità alle previsioni di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e alla legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni, attraverso le strutture e i Dipartimenti dalle stesse norme previsti, nonché attraverso i servizi ed i Presidi territoriali di assistenza, sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione individuale o collettiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria della popolazione che, per le loro caratteristiche, devono essere garantite in maniera diffusa ed omogenea sul territorio.
6. Il Distretto, in particolare, assicura la tutela della salute dei cittadini ed il governo del rapporto tra domanda ed offerta di servizi sanitari e sociali, e garantisce l'integrazione socio-sanitaria.
7. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità d'intesa con l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, da emanarsi, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono fissati gli indirizzi operativi finalizzati ad assicurare le opportune integrazioni fra servizi sanitari e servizi sociali con specifico riferimento agli interventi in favore di portatori di handicap, anziani, minori, famiglie e delle altre fasce deboli della popolazione.
8. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, l'Assessore regionale per la sanità emana le linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale prevedendo l'istituzione dei Presidi territoriali di assistenza (PTA) costituenti il punto di accesso alla rete territoriale, anche attraverso il Centro unico di prenotazione (CUP), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di:
  - a) cure primarie (accoglienza, servizi sanitari di base e specialistici);
  - b) servizi socio-sanitari integrati con le prestazioni sociali, con funzioni di presa in carico, valutazione multidisciplinare e formulazione del piano personalizzato di assistenza, attraverso l'integrazione professionale di operatori appartenenti alle Aziende sanitarie provinciali e ai Comuni, a favore di persone e famiglie con bisogni complessi;
  - c) servizi a favore dei minori e delle famiglie con problemi socio-sanitari e sociali;
  - d) servizi di salute mentale (SERT).
9. All'interno delle cure primarie dovranno in particolare prevedersi:
  - a) le UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria) con la funzione di continuità assistenziale (assistenza notturna e/o a chiamata) e supporto alla lunga assistenza;
  - b) le cure domiciliari con diversa intensità;
  - c) le prestazioni di diagnostica specialistica, con ambulatori attrezzati anche per la piccola chirurgia di emergenza;
  - d) le attività degenziali di bassa e media complessità clinica da realizzarsi anche mediante la riduzione dei posti letto per acuti e la conversione in posti di Residenze sanitarie assistenziali (RSA), cure riabilitative e Presidi di lunga assistenza per patologie croniche, nonché posti semiresidenziali da adibire a centri diurni.

(1) Comma così sostituito dall'art. 9, comma 2, della legge regionale 28 gennaio 2014, n. 5.

**Art. 13**  
(*Aziende Ospedaliere*)

1. Le Aziende Ospedaliere assicurano le attività sanitarie di alta specializzazione, di riferimento nazionale e regionale, con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative e svolgono altresì i compiti specificamente attribuiti dagli atti della programmazione regionale.

2. Le Aziende Ospedaliere costituiscono, altresì, riferimento per le attività specialistiche delle Aziende sanitarie provinciali, di norma, nell'ambito del relativo bacino di competenza, secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria.

#### **Art. 13-bis**

*(Istituzione del "Cancer Center" presso  
l'ARNAS "Garibaldi" di Catania) (1)*

1. È istituito il dipartimento oncologico multidisciplinare "Cancer Center" presso l'ARNAS Garibaldi di Catania ai fini dell'implementazione all'interno del sistema sanitario regionale dell'erogazione dei trattamenti sanitari multidisciplinari connessi alle patologie oncologiche.

2. Il "Cancer Center" regionale è un centro a valenza regionale, munito di un proprio statuto e di un regolamento di funzionamento, il quale a seguito dell'entrata in vigore della presente legge sia in possesso degli standard organizzativi, tecnologici e strumentali per erogare prestazioni sanitarie altamente specialistiche e dedicate in campo oncologico svolgendo un'attività di raccordo funzionale multidisciplinare.

3. Ai fini della regolamentazione del "Cancer Center" e delle relative modifiche all'atto aziendale e alla dotazione organica, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Assessorato regionale della Salute e l'ARNAS Garibaldi di Catania adotteranno gli atti amministrativi consequenziali.

(1) Articolo aggiunto dall'art. 117, comma 1, della legge regionale 31 gennaio 2024, n. 3.

#### **Art. 14**

*(Aziende Ospedaliere-Universitarie)*

1. Ferma restando l'autonomia riconosciuta alle istituzioni universitarie, l'Assessorato regionale della sanità, al fine di assicurare l'attività assistenziale necessaria alle esigenze della didattica e della ricerca delle Facoltà di medicina e chirurgia, nel quadro della programmazione regionale sanitaria, promuove la collaborazione tra il Servizio Sanitario Regionale e le Università di Palermo, Catania e Messina per realizzare le finalità di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.

2. Di concerto con le suddette Università, sulla base di specifici protocolli di intesa, possono realizzarsi integrazioni tra Aziende Ospedaliere e Università, onde pervenire alla costituzione di Aziende Ospedaliere Universitarie, la cui organizzazione e funzionamento è regolata dal decreto legislativo n. 517/1999.

3. Per l'elaborazione dei protocolli d'intesa è costituito, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale né del bilancio regionale, un Comitato formato dal Presidente della Regione, dall'Assessore regionale per la sanità e dai Rettori delle Università di Palermo, Catania e Messina, o da loro delegati.

#### **Art. 15**

*(Servizi in rete)*

1. Sulla base degli indirizzi definiti dal Comitato di cui all'articolo 5, comma 10, le Aziende del Servizio Sanitario Regionale operano in rete al fine di garantire, attraverso il sistema telematico, il collegamento e il coordinamento delle funzioni socio-sanitarie ed assistenziali per assicurare all'utente l'appropriatezza dell'intero percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione anche protetta.

2. L'integrazione della rete ospedaliera e di quella territoriale come previsto dall'articolo 2, comma 4, lettera a), assicura la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale e riabilitativo compresa l'attività di prevenzione, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale.

#### **Titolo V**

**Controlli e valutazioni**

#### **Art. 16**

*(Vigilanza, valutazione e controllo dell'attività delle Aziende  
del Servizio Sanitario Regionale)*

1. Gli atti delle Aziende di cui al comma 1 dell'articolo 8 di seguito elencati sono sottoposti al controllo dell'Assessorato regionale della sanità:

a) l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

b) il bilancio d'esercizio;

c) le dotazioni organiche complessive;

d) i piani attuativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a);

e) gli atti di programmazione locale definiti a livello di bacino di cui ai commi 8 e 9 dell'articolo 5.

2. Il controllo sugli atti di cui al comma 1, lettere a), d) ed e) concerne esclusivamente la verifica della conformità degli stessi alla programmazione sanitaria nazionale e regionale.
3. Gli atti di cui al comma 1, adottati dalle Aziende di cui al comma 1 dell'articolo 8, sono trasmessi entro 15 giorni dalla loro adozione all'Assessorato regionale della sanità per il previsto controllo da esercitarsi entro sessanta giorni dal loro ricevimento.
4. Il termine per l'esercizio del controllo può essere sospeso per una sola volta se, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto, l'Assessorato regionale della sanità richiede, all'Azienda deliberante, chiarimenti o elementi integrativi di valutazione e giudizio.
5. La mancata pronuncia da parte dell'Assessorato entro il termine di cui al comma 3 rende gli atti di cui al comma 1 automaticamente efficaci.
6. L'Assessore regionale per la sanità, inoltre:
  - a) verifica, attraverso la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 5, comma 7, la corrispondenza dei risultati raggiunti dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale con quelli attesi individuati negli atti di programmazione locale di cui all'articolo 5;
  - b) adotta le procedure e le modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali;
  - c) assicura il controllo, anche attraverso verifiche trimestrali effettuate dal Dipartimento regionale per la pianificazione strategica, sui risultati conseguiti dai Direttori generali in relazione agli obiettivi programmatici assegnati;
  - d) procede, in base alle risultanze delle verifiche di cui alla lettera c) e per il tramite dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, alla valutazione delle attività dei Direttori generali assumendo le conseguenti determinazioni sulla base delle vigenti disposizioni di legge.
7. Per le attività di valutazione di cui al comma 6, lettera d), l'Assessore regionale per la sanità può altresì avvalersi di un'agenzia esterna indipendente, qualificata nel settore, da individuarsi mediante gara ad evidenza pubblica.
8. L'Assessore regionale per la sanità esercita inoltre le funzioni di cui al presente articolo, in quanto compatibili, nei confronti del Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del Servizio Sanitario e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia.

#### **Art. 17**

*(Consulta regionale della sanità)*

1. È istituita, presso l'Assessorato regionale della sanità, la Consulta regionale della sanità, di durata triennale, composta da non oltre 40 componenti.
2. La Consulta regionale della sanità svolge, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale né del bilancio regionale, funzioni di consulenza su richiesta dell'Assessore regionale per la sanità in ordine a questioni di rilevanza regionale e di interesse diffuso per la collettività in relazione all'erogazione ed alla qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari.
3. La Consulta regionale della sanità è composta da rappresentanti di associazioni portatrici di interessi diffusi, di associazioni di volontariato, di tutela dei diritti dei malati nonché da rappresentanti dei collegi e degli ordini professionali, delle associazioni del settore socio-sanitario, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di categoria del settore sanitario maggiormente rappresentative.
4. Con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, da adottarsi, previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono disciplinate le modalità di individuazione dei componenti e di funzionamento della Consulta.

#### **Art. 18**

*(Sistema dei controlli)*

1. L'Assessorato regionale della sanità svolge il controllo sulla gestione delle Aziende sanitarie.
2. Al fine di garantire la tutela e la promozione della salute e la sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale, l'Assessorato regionale della sanità assicura il monitoraggio informatizzato delle attività e delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private con metodologie di valutazione economico qualitative e quantitative delle prescrizioni, delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria, nonché la verifica dei flussi e dei dati economici gestionali. Assicura altresì il controllo sulle attività espletate e sulle prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere, specialistiche ed ambulatoriali, pubbliche e private, sotto il profilo della qualità e appropriatezza, della riduzione del rischio clinico, del mantenimento delle condizioni igienico sanitarie e dei requisiti dell'accreditamento.
3. Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, per quanto di rispettiva competenza, sono tenute ad attuare il pieno sviluppo del sistema di qualità aziendale secondo gli indirizzi contenuti nelle disposizioni vigenti. Esse assicurano, attraverso le unità operative del controllo di gestione, la verifica dell'appropriatezza, adeguatezza e qualità delle prestazioni, dei tassi di occupazione dei posti letto e dei livelli di utilizzazione delle dotazioni tecnologiche, nonché dell'accoglienza e dell'accessibilità, del decoro ambientale e delle condizioni igienico sanitarie delle strutture anche sulla base degli indici di gradimento e soddisfazione dell'utenza. Le Aziende attivano altresì le procedure di governo clinico anche per contenere il rischio clinico connesso all'espletamento delle funzioni sanitarie.
4. Le disposizioni di cui al comma 3 si applicano anche alle strutture private accreditate.
5. Ferma restando la trasmissione continuativa per via telematica dei flussi di dati e delle informazioni, richiesti dalla vigente normativa, i Direttori generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale trasmettono all'Assessorato regionale della

sanità, unitamente alla relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 5, le risultanze delle verifiche e dei controlli di cui al comma 3.

6. L'Assessorato elabora le informazioni raccolte e formula proposte di intervento in ordine alle criticità rilevate prescrivendo le conseguenti azioni di intervento; svolge altresì funzioni istruttorie ed ispettive.

7. I nuclei di valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono composti da tre membri. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità è stabilita la misura massima dei compensi, comunque non superiori a quelli attualmente previsti, per i componenti dei nuclei di valutazione. Non può ricoprire l'incarico di componente dei nuclei di valutazione chi non sia in possesso di diploma di laurea.

#### **Art. 19**

*(Nomina e valutazione dei Direttori generali)*

1. I Direttori generali delle Aziende di cui al comma 1 dell'articolo 8 sono nominati per un periodo di tre anni, rinnovabile nella stessa Azienda una sola volta per la stessa durata. Ai fini della loro nomina, l'Assessore regionale per la sanità opera fra gli aspiranti aventi titolo una analitica ricognizione delle condizioni e dei requisiti richiamati dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni ed effettivamente posseduti, da rendere accessibile attraverso pubblicazione sul sito web della Regione. In particolare, è accertata la coerenza fra i requisiti posseduti e le funzioni da svolgere anche in riferimento al possesso del diploma di laurea, al possesso di qualificata esperienza professionale di direzione tecnica ed amministrativa svolta in piena aderenza con i limiti temporali indicati e con le modalità previste, la reale corrispondenza delle strutture dirette con la tipologia richiesta per le strutture da dirigere.

2. Ferme restando le cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, la carica di Direttore generale di una Azienda è incompatibile con qualsiasi altro ruolo esercitato in strutture pubbliche del Servizio Sanitario Regionale, soggette alla competenza dell'Azienda medesima o di altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

3. L'operato dei Direttori generali, sanitari ed amministrativi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale è monitorato e valutato durante l'espletamento del mandato e a conclusione di esso, secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 502/1992, e successive modifiche ed integrazioni e dalle norme vigenti nel territorio della Regione. A tal fine, l'Assessorato regionale della sanità adotta un sistema di valutazione specifico delle attività delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, finalizzato ad obiettivi di salute, sostenibilità finanziaria, qualità, appropriatezza, efficienza ed equità d'accesso alle prestazioni erogate, basato sull'analisi di indicatori multidimensionali di performance.

4. Non sono riconfermati nella loro carica i Direttori generali che non siano stati oggetto di valutazione positiva ai sensi di quanto previsto al comma 3.

#### **Art. 20**

*(Interventi sostitutivi e sanzioni a carico del Direttore generale)*

1. Qualora gli organi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale omettano di compiere un atto obbligatorio per legge, l'Assessore regionale per la sanità, previa diffida con assegnazione di un termine per provvedere, nomina un commissario ad acta.

2. In caso di vacanza dell'ufficio per morte, dimissioni, decadenza, temporanea assenza o temporaneo impedimento del Direttore generale, le relative funzioni, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, sono svolte dal Direttore amministrativo o dal Direttore sanitario su delega del Direttore generale o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età. Ove l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla dichiarazione di decadenza del Direttore generale in carica e alla sua sostituzione; nelle more della sostituzione può essere nominato un commissario straordinario in possesso dei requisiti di cui al comma 3.

3. Fermo restando quanto previsto al comma 2, in caso di vacanza dell'ufficio per morte, dimissioni o decadenza del Direttore generale dell'Azienda del Servizio Sanitario Regionale, nelle more della nomina da parte del Presidente della Regione del nuovo Direttore generale, al fine di garantire la continuità gestionale della medesima Azienda, l'Assessore regionale per la sanità nomina un commissario straordinario in possesso dei medesimi requisiti richiesti per l'iscrizione nell'elenco dei soggetti aspiranti alla nomina di Direttore generale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

4. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro e di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, nonché delle disposizioni di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e all'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comporta la decadenza automatica del Direttore generale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, dichiarata dal Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità.

5. Non possono essere nominati Direttori generali coloro che nel corso del triennio 2006-2007-2008 non abbiano raggiunto gli obiettivi di equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate.

6. Quando ricorrano gravi motivi o la reiterata omissione di atti obbligatori per legge o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, nonché nel caso di mancato rispetto degli atti di programmazione sanitaria o di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previo parere consultivo della

Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana "Servizi sociali e sanitari" e della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, dispone la decadenza del Direttore generale.

7. Nei casi previsti dal comma 6, nelle more della definizione del procedimento finalizzato alla dichiarazione di decadenza, il Direttore generale può essere sospeso dall'esercizio delle funzioni per un periodo massimo di 60 giorni con decreto motivato dell'Assessore regionale per la sanità.

8. I provvedimenti di cui al presente articolo da assumersi nei confronti dei Direttori generali delle Aziende Ospedaliere Universitarie sono adottati d'intesa con i Rettori delle Università di riferimento.

#### **Art. 21**

*(Divieto di esternalizzazione di funzioni)*

1. È fatto divieto alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale ed agli enti pubblici del settore di affidare mediante appalto di servizi o con consulenze esterne l'espletamento di funzioni il cui esercizio rientra nelle competenze di uffici o di unità operative aziendali.

2. Nei casi di comprovata necessità derivante da carenza di organico degli uffici o unità operative ovvero per cause non ascrivibili a scelte della direzione generale, è possibile derogare al divieto di cui al comma 1, con provvedimento del Direttore generale adeguatamente motivato e nel rispetto delle modalità previste dal comma 6 dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, da sottoporre alla preventiva approvazione dell'Assessorato regionale della sanità e da comunicare successivamente alla Corte dei conti.

3. La violazione delle disposizioni di cui ai commi precedenti comporta diretta responsabilità, anche patrimoniale, del Direttore generale.

#### **Art. 22**

*(Riduzione dei tempi d'attesa)*

1. Costituisce obiettivo da assegnare in sede contrattuale ai Direttori generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e criterio di corrispondente valutazione la riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti e comunque nel rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa vigente e dei Livelli essenziali di assistenza.

### **Titolo VI**

**Altre disposizioni in materia sanitaria**

#### **Art. 24**

*(Rete dell'emergenza-urgenza sanitaria)*

1. Il sistema regionale di emergenza-urgenza è articolato in:

a) sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza, servizi di continuità assistenziali;

b) sistema ospedaliero: pronto soccorso ospedaliero, Dipartimento di emergenza-urgenza.

2. Il sistema di emergenza-urgenza:

a) assicura il coordinamento delle attività connesse ai prelievi ed ai trapianti di organi in raccordo con il Centro regionale trapianti;

b) assicura il trasporto di emergenza neonatale ed il trasporto anche secondario della rete dell'infarto miocardico acuto;

c) favorisce l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale;

d) si raccorda con la Protezione civile;

e) collabora con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza, con le Prefetture ed i Dipartimenti di prevenzione e di tutela dei luoghi di lavoro;

f) partecipa alla stesura di piani di intervento sanitario delle maxi-emergenze.

3. Al fine di svolgere le attività di cui al comma 2, nonché allo scopo di effettuare il coordinamento del servizio e di ricevere ed autorizzare le richieste per missioni di ambulanze e/o elisoccorso primario e secondario, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza, operano quattro Centrali operative, corrispondenti a quelle già esistenti.

4. Le Centrali operative effettuano il coordinamento del servizio nei rispettivi ambiti di riferimento, ricevendo le richieste di intervento, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza ed autorizzando le missioni di autosoccorso e/o elisoccorso primario e secondario.

5. Ciascuna Centrale operativa deve essere dotata, oltre che del necessario personale di supporto, di personale esclusivamente dedicato avente requisiti professionali secondo la normativa vigente in materia, reclutato tra il personale medico dell'area di emergenza-urgenza e tra il personale infermieristico che oltre a specifica formazione di base abbia superato adeguati percorsi formativi e di addestramento rivolti anche alla conoscenza e all'acquisizione di competenza nelle procedure per la valutazione dello scenario, di riconoscimento e gestione dell'emergenza, di esecuzione delle manovre di

supporto alle funzioni vitali, di sviluppo del coordinamento con le strutture della rete dell'emergenza e degli altri servizi pubblici addetti all'emergenza.

6. L'articolazione organizzativa del sistema di emergenza-urgenza, completata l'informatizzazione del servizio, potrà essere rimodulata con decreto dell'Assessore regionale per la sanità previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana.

7. Il personale medico ed infermieristico da utilizzare nel Servizio Emergenza Urgenza 118 è scelto da una graduatoria regionale, regolamentata con successivo provvedimento dell'Assessore regionale per la sanità, composta da soggetti in possesso dei requisiti formativi e di addestramento previsti dalla normativa vigente relativa ai servizi di emergenza-urgenza e in via prioritaria dal personale in servizio già utilizzato nelle ambulanze medicalizzate attive nel territorio regionale ed in possesso dei requisiti previsti.

8. Al fine di assicurare omogeneità di intervento, continuità assistenziale ed efficienza operativa è istituito, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale né del bilancio della Regione, il Comitato regionale per l'emergenza-urgenza, presieduto dall'Assessore regionale per la sanità, o da un suo delegato, composto dai responsabili delle Centrali operative del Servizio Emergenza Urgenza 118, dai Direttori sanitari delle Aziende sedi di Centrali operative, nonché dai referenti provinciali per il Servizio 118 individuati dai Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali che non siano sede di Centrali operative.

9. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono determinate le modalità di funzionamento del Servizio emergenza-urgenza 118 e le procedure per l'adozione di protocolli operativi finalizzati a promuovere la qualità, l'efficienza e l'uniformità del servizio nell'intero territorio della Regione e a garantire il coordinamento tra le centrali operative e con la rete assistenziale, nonché le linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale.

10. L'espletamento delle attività afferenti al Servizio di emergenza-urgenza 118 per l'intero territorio regionale, diverse da quelle di cui al comma 4 espletate dalle Centrali operative, può essere assolto anche avvalendosi, nel rispetto dei principi fissati dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di concorrenza, di organismi a totale partecipazione pubblica che esercitino la propria attività esclusivamente nei confronti della Regione siciliana e nel relativo ambito territoriale.

11. Le modalità di affidamento delle attività di trasporto per il Servizio di emergenza-urgenza 118 di cui al comma 10, sono determinate sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana.

12. Nel triennio successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'espletamento delle attività afferenti al Servizio di emergenza-urgenza 118 per l'intero territorio regionale, diverse da quelle di cui al comma 4 espletate dalle Centrali operative, è fatto divieto di procedere all'impiego di personale in numero superiore a quello utilizzato dall'attuale gestore del servizio alla predetta data.

13. La maggiore spesa derivante dall'imposta sul valore aggiunto eventualmente dovuta per l'espletamento dell'attività di cui al presente articolo trova riscontro, a decorrere dall'anno 2009, nella corrispondente maggiore entrata che si realizza nella UPB 4.3.1.1.5 del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario 2009 e per il triennio 2009-2011.

## **Art. 25**

### *(Erogazione di attività da parte di strutture private)*

1. L'Assessore regionale per la sanità determina, sentite le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative, le condizioni e le modalità secondo le quali si stabiliscono gli accordi e i contratti con gli erogatori privati, nel rispetto:

a) dei vincoli e dei principi dettati dalla normativa vigente con particolare riferimento alle materie di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale, di accordi contrattuali e di remunerazione degli erogatori privati secondo la tipologia delle strutture e la qualità delle prestazioni erogate;

b) dei vincoli derivanti dalla programmazione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale;

c) degli esiti delle verifiche di qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate;

d) dei vincoli derivanti dalla determinazione regionale del fabbisogno sanitario;

e) degli standard occupazionali relativi al personale tecnico, infermieristico e medico in organico, degli obblighi contrattuali in materia di lavoro e del rispetto dell'obbligo formativo Educazione Continua in Medicina (ECM);

f) del riconoscimento, in misura non inferiore al 75 per cento, al di fuori dell'aggregato complessivo regionale in favore delle strutture che erogano prestazioni certificate in mobilità attiva extraregionale, della tariffa vigente nella Regione siciliana (1).

2. Le prestazioni di ricovero sia in regime ordinario che in regime giornaliero, quelle specialistiche, ambulatoriali, domiciliari e residenziali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e la medicina fisica e riabilitativa, sono erogate a carico del Servizio Sanitario Regionale, in conformità alle vigenti disposizioni normative, oltretutto dalle strutture pubbliche, anche da quelle private accreditate titolari di accordi contrattuali alla data di entrata in vigore della presente legge (2).

2-bis. Allo scopo di far fronte alle necessità assistenziali ed al fine di assicurare la riorganizzazione ed il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili, dei centri residenziali di cure palliative, delle strutture di recupero per soggetti con dipendenze patologiche, di quelle riabilitative per soggetti con disabilità psico-fisico-sensoriali e di quelle riabilitative psichiatriche residenziali, è consentito che le relative prestazioni, da rendersi in conformità agli atti di programmazione che fissano i relativi fabbisogni ed individuano le relative risorse economiche, possano essere erogate anche da strutture private, in deroga alla previsione di cui al comma 2, purché in possesso dei requisiti di legge al momento dell'esercizio delle attività (3).

2-ter. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2-bis, gli atti di programmazione ivi indicati sono da intendersi il Piano Sanitario Regionale – Piano della salute 2011-2013 nonché quelli in vigore alla data del 1° giugno 2011 (3).  
3. L'Assessore regionale per la sanità, ai sensi degli articoli 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, previo confronto con le rispettive associazioni di categoria maggiormente rappresentative, determina annualmente, in base alle risorse disponibili ed al fabbisogno rilevato sulla base dei dati epidemiologici dell'anno precedente, il tetto di spesa regionale per la ospedalità privata e per la specialistica ambulatoriale, nonché per le prestazioni di nefrologia ed emodialisi.

3-bis. Una quota dei tetti di spesa, non superiore allo 0,05 per cento, di cui al comma 3 per il triennio 2018-2020 è comunque riservata ad integrare il budget delle singole strutture private accreditate che, sulla base di sentenze passate in giudizio, risultino essere state vittime di richieste estorsive. Con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la salute, previa delibera della Giunta regionale, sono definite le modalità di ripartizione delle predette somme (4).

4. Stimato il fabbisogno provinciale l'Assessore regionale per la sanità, entro il mese di febbraio di ciascun anno, stabilisce, previo confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, i tetti di spesa provinciali per la ospedalità privata accreditata e per ciascuna branca specialistica, nonché d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative i criteri in base ai quali determinare i budget delle singole strutture private accreditate, tenuto specificamente conto dell'esigenza di assicurare, nei limiti massimi dei tetti di spesa provinciali, la libertà di scelta dell'utente nel rispetto dei budget individuali delle singole strutture contrattualizzate e fermo restando quanto previsto dall'articolo 8-quinquies, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

4-bis. Le strutture riabilitative di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in presenza di esperienza pluriennale attraverso cui hanno maturato adeguati requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, possono essere autorizzate e accreditate per l'esercizio delle cure domiciliari di base e di I, II e III livello, anche al di fuori dei limiti previsti dal decreto assessoriale 3 settembre 2021, n. 876 e dal decreto assessoriale 17 dicembre 2021, n. 1383 (5).

5. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, in conformità alle vigenti disposizioni normative, l'Assessore regionale per la sanità, d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, individua, con valenza biennale, nell'ambito delle strutture private accreditate e convenzionate, classi di strutture in base a criteri di qualità delle stesse, dei servizi erogati e della potenzialità erogativa, da correlare, per il corretto svolgimento del servizio, ad una diversa valorizzazione economica delle prestazioni rese nel rispetto del principio di giusta remunerazione.

(1) Lettera così sostituita dall'art. 71, comma 6, della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9.

(2) Comma così modificato dall'art. 1, comma 1, della legge regionale 12 luglio 2011, n. 14.

(3) Commi inseriti dall'art. 1, comma 2, della legge regionale n. 14/2011.

(4) Comma inserito dall'art. 82, comma 1, della legge regionale 8 maggio 2018, n. 8.

(5) Comma inserito dall'art. 105, comma 1, della legge regionale 31 gennaio 2024, n. 3.

## **Art. 26**

*(Semplificazioni amministrativa e normativa)*

1. L'Assessore regionale per la sanità disciplina la semplificazione delle procedure relative ad autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie, individuando i casi di abolizione di certificati in materia di igiene e sanità pubblica sulla base dell'evoluzione della normativa comunitaria e nazionale, nonché degli indirizzi approvati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

2. Entro il 31 marzo di ogni anno il Presidente della Regione presenta all'Assemblea regionale siciliana un disegno di legge di semplificazione della normativa regionale in materia sanitaria.

## **Art. 27**

*(Organizzazione della Rete regionale dei Registri tumori)*

1. È istituita la Rete siciliana territoriale della registrazione dei tumori.

2. La funzione di coordinamento, indirizzo e gestione dei dati a livello centrale è affidata all'Osservatorio epidemiologico regionale.

3. La Rete siciliana territoriale della registrazione dei tumori è costituita a livello territoriale dalle strutture individuate dall'articolo 24 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2 (Registro tumori delle Province di Catania, Messina, Palermo, Ragusa, Trapani e il Registro di patologia di Siracusa) che svolgono funzioni di rilevazione e gestione dei dati su base territoriale.

4. Al fine di raggiungere la copertura completa del territorio regionale, le aree provinciali attualmente non coperte da registrazione sono attribuite ai Registri territorialmente attigui già riconosciuti ai sensi della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, e precisamente la Provincia di Agrigento al Registro tumori di Trapani, la Provincia di Caltanissetta al Registro tumori di Ragusa, la Provincia di Enna al Registro tumori di Catania.

5. Le Aziende sanitarie provinciali o le Aziende Ospedaliere da cui dipendono i Registri tumori sono tenute a garantire adeguate risorse umane e strumentali, tenendo conto delle figure professionali con esperienza specifica nel settore dell'epidemiologia e della registrazione dei tumori.

6. Al fine di non interrompere le attività dei Registri tumori, le strutture sanitarie interessate sono autorizzate a prorogare i contratti del personale precario attualmente in servizio.

#### **Art. 28**

*(Assistenza sanitaria a cittadini extracomunitari)*

1. Nelle more dell'emanazione di una nuova disciplina regionale relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari, da adottarsi nei limiti della competenza statutaria in materia di igiene e sanità pubblica, la Regione, in applicazione dei principi costituzionali di eguaglianza e di diritto alla salute, nonché di gratuità delle cure agli indigenti, garantisce a tutti coloro che si trovino sul territorio regionale, senza alcuna distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali individuate dall'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, senza che ciò implichi alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio per disposizione inderogabile di legge ed a parità di condizioni con i cittadini italiani.

#### **Art. 30**

*(Minori affidati dall'autorità giudiziaria)*

1. I minori affidati per disposizione dell'autorità giudiziaria presso comunità-alloggio, case-famiglia e famiglie ospitanti hanno priorità d'accesso alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale, secondo il giudizio del medico curante e previa richiesta dello stesso.

2. Per i minori affidati alle case famiglia e comunità alloggio e a famiglie ospitanti a seguito di provvedimenti del Tribunale dei minori non si applicano le misure del pagamento del ticket. Lo stesso esonero si applica ai minori in adozione per un periodo iniziale di presa in carico pari ad anni due (1).

(1) Comma così modificato dall'art. 17, comma 1, lettere a) e b), della legge regionale 11 agosto 2017, n. 16.

#### **Art. 31**

*(Risparmio energetico)*

1. Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale pongono in essere gli interventi necessari per conseguire il risparmio energetico, mediante l'utilizzo di fonti rinnovabili e di sistemi di accumulo di energia e di distribuzione e controllo della stessa attraverso reti intelligenti.

**Art. 1**

*(Istituzione delle Unità operative delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie, tecniche della prevenzione e del servizio sociale)*

1. Le aziende del Servizio Sanitario Regionale, con l'atto aziendale di cui all'articolo 9 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, istituiscono in seno alla direzione aziendale, quali strutture di staff, le Unità operative di seguito elencate, stabilendo i criteri e le modalità per la loro trasformazione in strutture complesse secondo quanto previsto dal comma 3:
  - a) Unità operativa delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche;
  - b) Unità operativa delle professioni sanitarie di riabilitazione;
  - c) Unità operativa delle professioni tecnico-sanitarie;
  - d) Unità operativa delle professioni tecniche di prevenzione, vigilanza ed ispezione;
  - e) Unità operativa del servizio sociale professionale.
2. I Direttori generali delle aziende del Servizio Sanitario Regionale con apposito atto assicurano la funzionalità delle Unità operative nel rispetto delle competenze e delle responsabilità previste dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali per le professioni di cui al comma 1.
3. Qualora le aziende del Servizio Sanitario Regionale ravvisino, a fronte di una maggiore complessità, specifiche esigenze organizzative, una o più delle Unità operative di cui al comma 1 possono essere trasformate, nel rispetto dei criteri stabiliti dall'atto aziendale, in altrettante strutture complesse, mantenendo la suddivisione delle cinque aree professionali.
4. Per le finalità del presente articolo le aziende del Servizio Sanitario Regionale operano con modificazioni compensative delle relative piante organiche e senza oneri aggiuntivi.

**Art. 2**

*(Funzioni delle Unità operative)*

1. Le Unità operative di cui all'articolo 1 curano l'espletamento delle funzioni previste dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e l'ottemperanza agli specifici codici deontologici ed agli ordinamenti didattici utilizzando metodologie di pianificazione per il raggiungimento di obiettivi di assistenza e prevenzione, così come previsto dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 e successive modifiche ed integrazioni.
2. Le Unità operative di cui all'articolo 1 partecipano alla individuazione ed alla realizzazione degli obiettivi dell'azienda sanitaria di appartenenza concorrendo ad assicurare, in particolare, la programmazione, direzione e gestione delle relative risorse umane nel rispetto dei criteri che sono previsti con apposito decreto dell'Assessore regionale per la salute, da emanare previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana.

**Art. 3**

*(Direzione delle Unità operative)*

1. La procedura concorsuale ed i requisiti previsti per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, nel numero dei posti indicato nella dotazione organica di ciascuna azienda, sono quelli previsti dalla vigente normativa.
2. Il conferimento dell'incarico di direzione dell'Unità operativa delle professioni sanitarie e del servizio sociale professionale avviene nel rispetto delle vigenti disposizioni normative e contrattuali in materia di conferimento di incarichi di struttura a dirigenti del ruolo sanitario e del profilo degli assistenti sociali.
3. Nelle more dell'espletamento delle procedure selettive previste dalle disposizioni di cui al comma 1, e previa indizione delle stesse, il conferimento temporaneo dell'incarico di direzione avviene nel rispetto della normativa vigente in materia di conferimento di incarichi dirigenziali.

**Art. 1**  
(*Obiettivi*)

1. La Regione, nel rispetto dei principi fondamentali fissati dalla legislazione nazionale in materia di ricerca scientifica ed in conformità agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale, promuove la ricerca finalizzata biomedica e sanitaria quale strumento per il miglioramento del Servizio Sanitario Regionale, dei servizi sanitari e socio-sanitari nonché delle condizioni di salute della popolazione. La ricerca sanitaria è orientata al fabbisogno conoscitivo ed operativo del Sistema sanitario regionale e deve concretizzarsi in risultati da trasferire al Servizio Sanitario Regionale, al fine di migliorarne l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza e l'innalzamento delle competenze e della qualità.
2. Per le finalità di cui al comma 1, l'Assessore regionale per la salute adotta, con decreto, un programma triennale di ricerca sanitaria in coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, nazionale e comunitaria in campo biomedico, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari e nell'applicazione sanitaria delle nuove tecnologie.
3. Nell'ambito del programma triennale di ricerca sanitaria possono essere compresi progetti, indagini e studi finalizzati ad esigenze, necessità e bisogni del Sistema sanitario regionale volti al miglioramento, estensione e crescita delle conoscenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione, finanziabili anche integralmente o cofinanziati nell'ambito dei bandi di ricerca nazionali o comunitari. Possono essere altresì compresi studi e ricerche sulle patologie nosograficamente ancora non codificate.
4. L'Assessorato regionale della salute promuove integralmente o parzialmente i progetti di ricerca secondo le condizioni e i limiti di finanziamento indicati nei bandi di gara e nella presente legge.

**Art. 2**  
(*Programmazione*)

1. L'Assessorato regionale della salute, previo parere della competente Commissione dell'Assemblea regionale siciliana, adotta il programma triennale della ricerca sanitaria, elaborato dalla Commissione tecnica di cui all'articolo 5, tenendo conto:
  - a) delle risorse disponibili e degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale;
  - b) dei progetti già finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale, dei Piani di ricerca elaborati ed attivati da parte delle Università e delle Istituzioni nazionali di ricerca, nonché dalle altre Regioni, per evitare duplicazioni e per agevolare eventuali integrazioni di scopi;
  - c) delle necessità di coordinamento con le indicazioni formulate da competenti organismi nazionali e comunitari;
  - d) della rilevazione annuale effettuata dalle singole Aziende sanitarie provinciali per accertare tutte le attività di ricerca sanitaria che, a qualsiasi titolo e da qualsiasi soggetto, sono promosse o avviate nelle strutture pubbliche o private operanti nel territorio di competenza.
2. Il programma triennale indica:
  - a) le aree o i settori di interesse prioritario verso i quali la Regione intende indirizzare le ricerche;
  - b) le risorse e le fonti finanziarie destinate complessivamente alla ricerca sanitaria nel periodo di validità del programma.
3. Il primo programma è adottato con decreto dell'Assessore regionale per la salute entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. I successivi programmi triennali sono adottati non oltre il trentesimo giorno dalla scadenza del programma triennale di ricerca. La Commissione tecnica, di cui all'articolo 5, durante il triennio di vigenza del programma, può proporre all'Assessore regionale per la salute l'aggiornamento dello stesso, con relazione che ne illustri le motivazioni.

**Art. 7**  
(*Informazione e comunicazione*)

1. Nel sito *web* dell'Assessorato regionale della salute è dedicato uno spazio per la ricerca sanitaria a cura della competente struttura intermedia dell'Assessorato. Le pagine dedicate forniscono informazioni sul settore della ricerca sanitaria, di qualsiasi tipo e in qualsiasi modo finanziata, nel territorio siciliano, nonché nelle altre Regioni e nei Paesi dell'Unione europea.
2. L'Assessorato regionale della salute promuove giornate informative sulla ricerca sanitaria anche al fine di favorire una reale integrazione interregionale e occasioni di confronto con il Ministero della Salute e con centri di ricerca ed istituzioni scientifiche, private e pubbliche, nazionali ed internazionali.

**Art. 8**  
(*Fondo per la ricerca sanitaria in Sicilia*)

1. L'Assessore regionale per la salute di concerto con l'Assessore regionale per l'economia, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana il decreto, a valenza triennale, con il quale istituisce "il Fondo per la ricerca

sanitaria in Sicilia” il cui saldo attivo annuale è destinato esclusivamente a copertura finanziaria del fabbisogno relativo all’attivazione dei progetti di ricerca disciplinati dalla presente legge nonché per gli oneri connessi ai valutatori di cui all’articolo 3, nella misura stabilita con il decreto di cui al presente comma. Nel “Fondo per la ricerca sanitaria in Sicilia” confluiscono le erogazioni liberali e le donazioni di Enti, Aziende ed Istituti di credito, Fondazioni, Società di capitale pubbliche e private, Case farmaceutiche, Associazioni di categoria e rappresentanze sindacali, Atenei, Cliniche private, Società scientifiche, Enti ecclesiastici, lasciti testamentari ed ogni altra forma di libera contribuzione pubblica o privata di provenienza regionale, nazionale, comunitaria ed extracomunitaria.

2. La struttura intermedia del Dipartimento regionale per le attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico è competente per la gestione e la responsabilità contabile ed amministrativa delle risorse sopra individuate del Fondo per la ricerca sanitaria in Sicilia.

## **Art. 1**

### *(Definizione e scopo della biobanca di ricerca)*

1. La biobanca di ricerca, di seguito BBR, è un'unità di servizio, senza scopo di lucro diretto, finalizzata alla raccolta ed alla lavorazione, alla conservazione, allo stoccaggio ed alla distribuzione di materiale biologico umano ad enti e gruppi di ricerca regionali, nazionali e internazionali, ad esclusione delle attività previste dalla legge 1 aprile 1999, n. 91 e successive modifiche ed integrazioni, dalla legge 21 ottobre 2005, n. 219 e successive modifiche ed integrazioni e dal decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191. La BBR ha come obiettivo la ricerca scientifica e statistica, finalizzata alla tutela della salute dell'interessato, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche nell'ambito della sperimentazione clinica di farmaci, o la ricerca scientifica volta a sviluppare le tecniche di analisi genetica, sempre che la disponibilità di dati solo anonimi su campioni della popolazione non permetta alla ricerca di raggiungere i suoi scopi, da svolgersi con il consenso dell'interessato salvo che nei casi di indagini statistiche o di ricerca scientifica previsti dalla legge o negli altri casi di cui al paragrafo 8.1 dell'autorizzazione generale del Garante per la protezione dei dati personali n. 8 dell'11 dicembre 2014 (1).
2. La BBR comprende sia le biobanche genetiche e di popolazione sia le biobanche per lo studio di una determinata patologia geneticamente non trasmissibile. Le BBR di popolazione conservano i campioni biologici, quali ad esempio cellule, tessuti e liquidi biologici, che provengono da soggetti che possono far parte della popolazione generale, o di particolari popolazioni, come quelle caratterizzate da una ridotta variabilità genetica dovuta all'isolamento ed a una forte endogamia. Le BBR di patologia conservano campioni biologici che provengono da soggetti affetti da specifiche patologie e da individui sani, in particolare: persone e famiglie con patologie rare e comuni, individui o gruppi di popolazioni affetti da patologie genetiche e idonei per studi di farmaco genetica, gruppi di popolazione di controllo. I campioni biologici possono essere raccolti in molteplici ambiti clinici, come nell'ambito di trials o di specifici progetti di ricerca, o sono prelevati da pazienti, previa acquisizione del consenso informato, in grado di portare valore aggiunto alla biobanca.
3. La BBR gestisce materiale biologico umano, in particolare campioni di tessuto, cellule, linee cellulari, liquidi biologici, DNA, RNA, microvescicole extracellulari.
4. Le fonti del materiale biologico gestito dalle BBR sono rappresentate da materiale specificatamente prelevato e conservato per successivo uso di ricerca, surplus di materiale derivato da interventi diagnostici, tra cui screening, o terapeutici e materiale donato per trapianto e non idoneo allo scopo. Il trattamento dei dati personali correlato è effettuato previo consenso espresso dell'interessato e previa informativa ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, nel rispetto delle garanzie relative ai dati genetici previste dalla disciplina in materia di trattamento dei dati personali (2).
5. La BBR assicura la distribuzione dei materiali biologici conservati a ricercatori di altre strutture regionali, nazionali e internazionali che ne facciano richiesta.
6. Tutti gli enti sanitari, pubblici e privati, possono contribuire alla raccolta di campioni conservati presso la BBR, previa accettazione del Comitato di valutazione di cui all'articolo 4, comma 3.
7. La tipologia del materiale biologico da destinare al bancaggio deve essere coerente con l'expertise della struttura sede della BBR.

(1) Comma così modificato dall'art. 1, comma 1, della legge regionale 21 gennaio 2016, n. 2.

(2) Comma così modificato dall'art. 1, comma 2, della legge regionale n. 2/2016.

## **Art. 2**

### *(Requisiti di carattere generale)*

1. La BBR è un'unità di servizio creata all'interno di un ente pubblico o privato accreditato che dia garanzie di sostenere tale struttura a lungo termine.
2. Le aziende del Servizio Sanitario Regionale possono prevedere la costituzione della BBR, sulla base della programmazione regionale e nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario aziendale.
3. La BBR dispone di risorse strutturali, organizzative e tecnologicamente commisurate, per qualità e quantità, allo svolgimento delle specifiche funzioni di raccolta, processazione, stoccaggio e cessione dei campioni.
4. La BBR è organizzata secondo un sistema di gestione della qualità certificato.
5. La BBR dispone di una procedura per disaster plan come misura preventiva in caso di disastro.
6. Ai fini dell'istanza di autorizzazione regionale, la BBR documenta l'attività svolta attraverso la produzione di pubblicazioni scientifiche inerenti a collezioni preesistenti di materiale biologico e/o alla partecipazione a reti di biobanche di altra tipologia da almeno tre anni.
7. Le BBR di nuova istituzione devono essere preventivamente autorizzate all'esercizio al fine di potere effettuare la raccolta, la caratterizzazione, la conservazione e la distribuzione del materiale biologico.
8. L'autorizzazione regionale all'esercizio è concessa dall'Assessorato regionale della salute su proposta di una commissione all'uopo istituita, della quale fanno parte l'Assessore regionale per la salute o un suo delegato, due esperti in materia di biobanche e due dirigenti dell'Assessorato.

9. L'autorizzazione all'esercizio della biobanca è concessa previa verifica dell'unicità del progetto in ambito regionale, della sostenibilità finanziaria e del possesso dei requisiti previsti dalla presente legge.

### **Art. 3**

*(Requisiti organizzativi degli organi interni)*

1. Il Direttore dell'unità operativa complessa (UOC) in cui la BBR insiste ha la responsabilità dell'organizzazione operativa, coordina e verifica la gestione della biobanca e la corretta cessione del biomateriale per i progetti di ricerca.
2. All'interno dell'unità di servizio opera un referente del sistema di gestione per la qualità, diverso dal responsabile della BBR.
3. All'interno dell'unità di servizio opera altresì un responsabile dell'archivio del materiale biologico, responsabile della raccolta e della conservazione dei campioni.
4. Il responsabile della BBR è responsabile per l'aggiornamento della modulistica, delle procedure operative standard in cooperazione con il referente del sistema di gestione per la qualità e con il responsabile dell'archivio biologico.
5. La BBR dispone di una dotazione di personale commisurata al carico di lavoro e formata per lo svolgimento delle attività gestionali e amministrative, di lavorazione, di conservazione e di stoccaggio.
6. Il responsabile della BBR, coadiuvato dal referente del sistema di gestione per la qualità e dal responsabile dell'archivio biologico, produce e periodicamente revisiona un documento programmatico con gli obiettivi della struttura, in riferimento alle specifiche funzioni da svolgere, alla tipologia del materiale conservato, alla quantità dei campioni previsti, alle modalità di informazione del paziente e di tutela della riservatezza dei dati, alle modalità di conservazione dei campioni, alle modalità di gestione delle informazioni ed alle modalità di trasporto dei campioni.

### **Art. 4**

*(Requisiti organizzativi degli organi esterni)*

1. La BBR fa riferimento al comitato etico territorialmente competente per i temi concernenti il consenso informato e le questioni etiche sull'utilizzo di materiali stoccati.
2. La BBR si avvale del Comitato di valutazione, che si esprime sulla validità scientifica dei progetti di ricerca che prevedono l'utilizzo del materiale biologico archiviato e decide sulla priorità nel caso in cui il medesimo materiale sia richiesto da più istituzioni contemporaneamente.
3. Il Comitato di valutazione, nominato con delibera dall'azienda sanitaria in cui insiste la BBR, è costituito, oltre che dal responsabile della BBR e dal Direttore sanitario che assume la funzione di coordinatore del Comitato, da due figure professionali esperte in materia, anche esterne alla struttura in cui insiste la BBR, di cui uno indicato dall'Assessorato regionale della salute e l'altro dall'azienda sanitaria in cui insiste la BBR, e comprende almeno un rappresentante di associazioni di volontariato, indicato dal Comitato civico dei cittadini.
4. Il Comitato di valutazione si dota di un regolamento interno nel quale sono indicati i parametri utilizzati per la valutazione.

### **Art. 5**

*(Requisiti strutturali, tecnologici, tecnici e procedure di accreditamento)*

1. L'Assessore regionale per la salute, conformemente alla normativa europea e nazionale, con proprio decreto, previo parere della VI Commissione "Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce i requisiti strutturali, tecnologici, di certificazione della qualità e organizzativi delle biobanche, nonché i requisiti tecnici per l'informativa ed il consenso, il trasporto, l'accettazione, la tracciabilità, la conservazione e le modalità di cessione del campione ad enti di ricerca pubblici e privati, secondo le modalità previste dalle norme in materia.
2. Con il medesimo decreto di cui al comma 1 sono definite le procedure per la richiesta, la verifica e la concessione dell'accreditamento delle BBR operanti sul territorio regionale.

**Legge regionale 28 novembre 2019, n. 20** – Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla sicurezza degli operatori sanitari  
(Articoli estratti).

**Art. 1**

*(Istituzione dell'Osservatorio regionale  
sulla sicurezza degli operatori sanitari)*

1. È istituito, presso l'Assessorato regionale della salute, l'Osservatorio regionale sulla sicurezza degli operatori sanitari, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente, al fine di realizzare un monitoraggio costante dei livelli di sicurezza nei Presidi di ogni ordine e grado, volto a preservare l'incolumità fisica degli operatori nell'esercizio delle loro funzioni.

**Art. 3**

*(Funzioni)*

1. L'Osservatorio regionale sulla sicurezza degli operatori sanitari ha il compito di:

- a) monitorare i rischi per la sicurezza degli operatori sanitari nell'ambito dell'espletamento delle loro funzioni ed elaborare un report annuale sul tema;
- b) promuovere iniziative volte al contrasto ed alla prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari nonché alla riduzione dei fattori di rischio presenti nei Presidi sanitari;
- c) promuovere la diffusione di informazioni volte a sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della sicurezza degli operatori sanitari;
- d) trasmettere ai prefetti, ai questori ed ai competenti uffici delle forze dell'ordine una relazione annuale sugli esiti del monitoraggio espletato.

**Art. 4**

*(Funzionamento)*

1. L'Osservatorio regionale sulla sicurezza degli operatori sanitari è presieduto dall'Assessore regionale per la salute. Si riunisce con frequenza trimestrale, anche facendo ricorso a modalità di collegamento via web.

**Art. 1**  
(*Finalità*)

1. La presente legge stabilisce il riordino del settore dell'assistenza nelle aree pediatriche delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere universitarie e dei Presidi Ospedalieri della Regione, attraverso l'impiego della figura del collaboratore professionale sanitario infermiere pediatrico, istituita dal decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n. 70 del Ministro della Sanità.

**Art. 2**  
(*Dotazioni organiche*)

1. Le dotazioni organiche relative alle aree pediatriche delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere universitarie e dei Presidi Ospedalieri della Regione devono prevedere prioritariamente l'impiego di infermieri pediatrici, senza nuovi o maggiori oneri a carico dei medesimi enti.

**Art. 3**  
(*Attuazione*)

1. Al fine di una compiuta attuazione dell'articolo 2, le procedure concorsuali per le figure professionali degli infermieri devono prevedere una quota di infermieri pediatrici proporzionale al rapporto tra i ricoveri di soggetti in età pediatrica e i ricoveri complessivi, calcolato sulla media dei due anni precedenti al bando.
2. Ai medesimi obiettivi si uniformano i requisiti per l'accreditamento delle strutture convenzionate autorizzate con punti di erogazione pediatrici.

## **Art. 1**

*(Norma di recepimento)*

1. L'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia, di seguito denominato Istituto, ha personalità giuridica di diritto pubblico ed è dotato di autonomia amministrativa, gestionale, tecnica e contabile.
2. L'Istituto opera come strumento tecnico-scientifico dello Stato e della Regione siciliana, in particolare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo al Ministero della Salute, alla Regione stessa e alle aziende sanitarie le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.
3. L'Istituto ha la sede legale e centrale a Palermo ed è articolato sul territorio della Regione in sezioni diagnostiche territoriali presso i Comuni di Barcellona Pozzo di Gotto, Caltanissetta, Catania e Ragusa.
4. L'istituzione di nuove sezioni o la eventuale soppressione di quelle esistenti è soggetta a formale atto di approvazione della Giunta regionale.
5. Fatte salve le competenze del Ministero della Salute, l'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto si informano ai principi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106 e agli indirizzi contenuti negli atti di programmazione regionale, fermo restando che l'erogazione delle prestazioni avviene in stretto coordinamento con le aziende sanitarie e con i laboratori pubblici di altri enti che operano nel settore della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare.

## **Art. 2**

*(Organi)*

1. Sono organi dell'Istituto:
  - a) il Consiglio di amministrazione;
  - b) il Direttore generale;
  - c) il Collegio dei revisori dei conti.
2. Il Consiglio di amministrazione è composto da cinque membri in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equivalente ed aventi comprovata professionalità ed esperienza in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti designati come segue:
  - a) uno dal Ministro della Salute;
  - b) uno dal Presidente della Regione;
  - c) due dall'Assessore regionale per la salute;
  - d) uno dall'Assessore regionale per l'agricoltura, lo sviluppo rurale e la pesca mediterranea.
3. Il Presidente della Regione, a seguito delle designazioni effettuate ai sensi del comma 2, previo parere della Commissione "Salute Servizi Sociali e Sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana per le nomine di cui alle lettere b), c) e d) del comma 2, provvede, con proprio decreto, alla nomina ed alla convocazione della prima riunione del Consiglio di amministrazione nel corso della quale il consiglio stesso elegge il presidente e il vicepresidente.
4. Ai fini della nomina del Consiglio di amministrazione trovano applicazione le vigenti disposizioni in tema di inconferibilità ed incompatibilità dell'incarico.
5. In caso di dimissioni, decadenza, impedimento o morte di uno o più consiglieri si provvede alla sostituzione secondo le disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4.1 nuovi componenti restano in carica fino all'ordinaria scadenza del consiglio.
6. Il Consiglio di amministrazione dura in carica quattro anni e i suoi componenti possono essere confermati una sola volta.
7. Il Consiglio di amministrazione è convocato dal presidente almeno ogni bimestre ed ogni qualvolta lo richiedano, indicando gli argomenti da trattare, il Presidente della Regione, il Direttore generale o altro componente del Consiglio di amministrazione.
8. Le sedute del Consiglio di amministrazione sono valide con la presenza di almeno due dei suoi componenti in carica. Alle sedute partecipa senza diritto di voto il Direttore generale. Il Direttore amministrativo svolge funzioni di segretario.
9. Con delibera della Giunta regionale è stabilita l'indennità spettante al presidente e agli altri componenti del Consiglio di amministrazione, nella misura massima omnicomprensiva rispettivamente del quaranta per cento e del venti per cento dell'indennità spettante ai deputati dell'Assemblea regionale siciliana.
10. Il Direttore generale ha la rappresentanza legale dell'Istituto, lo gestisce e ne dirige l'attività scientifica ed è nominato dal Presidente della Regione, sentito il Ministero della Salute, e scelto tra le persone aventi i requisiti di cui al comma 6 dell'articolo 11 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106. Il Direttore generale è coadiuvato da un Direttore amministrativo e da un Direttore sanitario medico veterinario.
11. Il Collegio dei revisori dei conti svolge i compiti previsti dall'articolo 20 del decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123 e dura in carica tre anni. È composto da tre membri, di cui uno designato dal Ministro per l'Economia e le Finanze e due dalla Regione, questi ultimi scelti tra i soggetti iscritti nel registro di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39.

### **Art. 3**

*(Regolamento organizzativo)*

1. Con decreto del Presidente della Regione, previa delibera di Giunta e previo parere della Commissione “Salute, Servizi Sociali e Sanitari” dell’Assemblea regionale siciliana, è emanato apposito regolamento che disciplina, secondo i principi fondamentali stabiliti dal decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, le modalità gestionali organizzative e di funzionamento dell’Istituto nonché l’esercizio delle funzioni di sorveglianza amministrativa, di indirizzo e di verifica sull’Istituto, fatta in ogni caso salva la competenza esclusiva dello Stato, e i criteri di valutazione dei costi, dei rendimenti e di verifica dell’utilizzazione delle risorse, nel rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni.



**Legge regionale 13 giugno 2023, n. 5** - Disposizioni per l'attribuzione della qualifica dirigenziale al personale medico e sanitario EP delle Aziende ospedaliere universitarie della Regione (*Articolo estratto*).

**Art. 1**

*(Disposizioni per l'attribuzione della qualifica dirigenziale al personale medico e sanitario EP delle Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione)*

1. Al fine di salvaguardare la continuità assistenziale garantita dal personale medico e sanitario con elevata professionalità (EP) del comparto universitario, le Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione sono autorizzate ad avviare, nell'ambito delle risorse attribuite, le necessarie procedure selettive interne per l'attribuzione della qualifica dirigenziale al suddetto personale già in servizio presso le medesime Aziende Ospedaliere Universitarie.
2. Sono fatti salvi tutti i diritti relativi al trattamento giuridico ed economico precedentemente maturati.

**Legge regionale 20 ottobre 2023, n. 18** – Istituzione del Servizio di psicologia delle cure primarie e della figura dello psicologo delle cure primarie (*Articoli estratti*).

#### **Art. 1**

*(Finalità e istituzione del Servizio di psicologia delle cure primarie e della figura dello Psicologo delle cure primarie)*

1. La Regione, per garantire al singolo, alla coppia e alle famiglie le prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni istituisce, a sostegno dei bisogni assistenziali emersi a seguito dell'epidemia da Covid-19, il Servizio di psicologia delle cure primarie, ai sensi della lettera b-quinquies) del comma 1 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.
2. Il Servizio di psicologia delle cure primarie ha la finalità di intercettare e rispondere ai bisogni di assistenza psicologica dei cittadini, affiancando e integrando l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
3. Il Servizio di psicologia delle cure primarie è realizzato da ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) a livello dei distretti sanitari di base. Esso è svolto da psicologi liberi professionisti in rapporto convenzionale, denominati di seguito "psicologi delle cure primarie".
4. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Regione, previa delibera di Giunta, su proposta dell'Assessore regionale per la salute, sentito il parere della Commissione "Salute, Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana, sono disciplinate la formazione degli elenchi provinciali e la gestione degli incarichi convenzionali.
5. Il Servizio di psicologia delle cure primarie è finalizzato a:
  - a) intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;
  - b) intercettare i bisogni di benessere psicologico inespresi dalla popolazione;
  - c) organizzare e gestire l'assistenza psicologica distrettuale rispetto ad alcuni tipi di cura;
  - d) realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari più generali;
  - e) intercettare e gestire le problematiche comportamentali ed emotive derivanti dalla pandemia da Covid-19 o da altre situazioni sanitarie emergenziali.
6. Gli interventi previsti dalla presente legge sono integrativi e complementari a quelli previsti da altre norme regionali.

#### **Art. 2**

*(Compiti dello psicologo delle cure primarie)*

1. Lo psicologo delle cure primarie è inserito nel distretto sociosanitario per l'attività di assistenza psicologica primaria e opera in collaborazione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali.
2. Lo psicologo delle cure primarie opera per il benessere psicologico nell'ambito della medicina delle cure primarie e opera in rapporto con i distretti sanitari e le loro articolazioni funzionali. L'azione dello psicologo delle cure primarie è vicina alle realtà di vita degli utenti, alle famiglie e alla comunità, fornisce un primo livello di assistenza psicologica di qualità, accessibile, efficace, cost-effective e integrata con gli altri servizi sanitari. Garantisce, inoltre, una rapida presa in carico del paziente.
3. Allo psicologo delle cure primarie, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 e successive modificazioni competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute. Lo psicologo delle cure primarie opera prioritariamente per far fronte ai problemi legati all'adattamento che caratterizzano il normale ciclo di vita.
4. Lo psicologo delle cure primarie assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica e di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti.
5. In caso di richiesta di assistenza psicologica inoltrata dal medico di base, dal pediatra di libera scelta o da altro specialista, gli stessi potranno avvalersi dello psicologo delle cure primarie territorialmente competente.
6. Lo psicologo delle cure primarie, qualora ravvisi sintomatologie di patologie psichiatriche, opera di concerto con gli organismi territoriali e con i centri di salute mentale.
7. Lo psicologo delle cure primarie è parte integrante delle attività multidisciplinari previste dagli standard di assistenza sanitaria territoriale di cui al decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

#### **Art. 3**

*(Elenchi degli psicologi delle cure primarie)*

1. È istituito, presso ciascuna ASP, l'elenco provinciale degli psicologi delle cure primarie.
2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea magistrale in psicologia;
- b) iscrizione all'Albo degli psicologi;
- c) assenza di rapporti di lavoro dipendente con le strutture del Servizio sanitario nazionale o regionale e con la Pubblica Amministrazione in genere;
- d) specifiche competenze e titoli individuati dal decreto del Presidente della Regione di cui all'articolo 4, comma 5.

#### **Art. 4**

##### *(Organizzazione delle attività dei Servizi di psicologia delle cure primarie)*

1. I Servizi di psicologia delle cure primarie collaborano con i Comuni, in forma singola o associata, e con gli ambiti territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari della Regione.
2. Le prestazioni degli psicologi delle cure primarie sono erogate da almeno due psicologi ogni cinquantamila abitanti.
3. In ciascuna ASP il direttore dell'unità operativa complessa di psicologia, se esistente, o il dirigente psicologo che opera nel distretto sanitario delle cure primarie, ha il compito di referente clinico e di coordinamento e programmazione per la psicologia delle cure primarie.
4. Qualora previsto, attraverso un accordo tra ASP ed enti locali, lo psicologo delle cure primarie può operare anche all'interno di locali forniti dall'ente locale medesimo. Tale organizzazione può essere adottata anche tenuto conto delle caratteristiche di aree specifiche del territorio regionale.
5. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Regione, previa delibera di Giunta, su proposta dell'Assessore regionale per la salute, sono definiti le specifiche competenze e i titoli dello psicologo delle cure primarie nonché i criteri di valutazione degli stessi in conformità ai vigenti accordi collettivi nazionali.
6. La prestazione è soggetta al pagamento di un ticket da parte del paziente, la cui esigibilità e il cui importo sono stabiliti dalla Giunta regionale.

**Art. 1**  
(*Principi e finalità*)

1. Nell'ambito delle politiche di welfare la Regione promuove la solidarietà familiare e l'attività di cura non professionale e gratuita prestata nei confronti di coloro che necessitano di assistenza a lungo termine a causa di malattia, infermità o disabilità grave, ne riconosce il valore sociale ed economico nonché i rilevanti vantaggi che ne trae la collettività e ne promuove la tutela ai fini della conciliazione con le esigenze personali di vita sociale e lavorativa.

2. Nel rispetto delle specifiche competenze, collaborano e concorrono all'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge:

- a) la Regione;
- b) le aziende sanitarie provinciali;
- c) i distretti socio-sanitari, le case di comunità, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che operano all'interno delle stesse;
- d) i comuni;
- e) gli enti del terzo settore;
- f) le istituzioni scolastiche.

**Art. 2**  
(*Caregiver familiare*)

1. La Regione riconosce e valorizza la figura del caregiver familiare, come definita dal comma 255 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 e successive modificazioni, promuovendo azioni di supporto allo stesso che consentano la piena integrazione dell'attività da questi prestata con la rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari.

2. Il caregiver familiare è riconosciuto all'atto della presa in carico della persona assistita da parte del Servizio sanitario regionale ovvero da parte dei servizi sociali quale soggetto volontario indicato dall'assistito ovvero da chi ne esercita la tutela.

3. Il caregiver familiare, integrandosi con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, contribuisce al benessere psicofisico della persona assistita e opera, in relazione alla situazione di bisogno, nell'ambito del Piano assistenziale individuale (PAI) e del progetto di vita, assistendo e supportando l'assistito, in particolare nella cura in ambiente domestico, nelle relazioni di comunità, nella mobilità e nella gestione delle pratiche amministrative.

4. Il caregiver familiare non sostituisce altre forme di assistenza sanitaria e di cura necessarie, per le quali invece l'assistito può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.

5. Il caregiver familiare interagisce e integra la propria attività con quella degli operatori di cura e assistenza afferenti al sistema dei servizi pubblici e privati.

6. Il caregiver familiare svolge la propria attività volontaria di cura e assistenza anche avvalendosi di specifici percorsi formativi.

7. Il caregiver familiare, previo consenso della persona assistita o di chi la rappresenta ai sensi dell'ordinamento civile, è coinvolto nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PAI e interviene nel più ampio progetto individuale e di vita.

8. La qualifica di caregiver familiare non può essere riconosciuta a più di una persona per lo stesso soggetto assistito, fatta eccezione per genitori con figli minori.

**Art. 3**  
(*Compiti della Regione*)

1. La Regione definisce le modalità per favorire il riconoscimento e l'integrazione dell'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

2. La Regione, nei limiti delle proprie competenze e delle risorse disponibili:

a) prevede, nell'ambito della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, interventi di sostegno e azioni di supporto, anche economico, per l'adattamento domestico alle necessità di cura dell'assistito nonché per la fornitura di ausili e presidi idonei alla prevenzione del rischio da sovraccarico biomeccanico e per l'eliminazione delle barriere architettoniche;

b) promuove iniziative in collaborazione con le rappresentanze datoriali e con gli ordini professionali, tese ad assicurare un maggiore equilibrio tra attività professionale e vita familiare che consentano di conciliare la vita lavorativa con le necessità di cura degli assistiti, in attuazione della direttiva 2019/1158/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 giugno 2019;

c) favorisce la definizione di accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedono premi agevolati e costi calmierati per le polizze stipulate dai caregiver familiari;

- d) promuove iniziative e misure, anche con le associazioni datoriali, per favorire la conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di cura, con particolare riferimento ai caregiver familiari;
  - e) promuove iniziative di informazione e orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative alle modalità di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari e iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare;
  - f) favorisce l'integrazione della figura del caregiver familiare con la rete dei servizi socio-sanitari, anche mediante programmi di aggiornamento a favore del personale sanitario e socio-sanitario tesi a valorizzarne l'attività;
  - g) predispone un'adeguata rete di comunicazione che consenta al caregiver familiare di poter accedere costantemente al supporto informativo e operativo del personale sanitario e socio-sanitario, anche attraverso la creazione di pagine web dedicate e accessibili;
  - h) promuove il welfare di prossimità anche mediante lo sviluppo di reti animate da enti del terzo settore e dagli stessi caregiver, attraverso la predisposizione di appositi bandi e progetti per la creazione di reti solidali e di mutuo soccorso che contribuiscano a ridurre il rischio di isolamento sociale del caregiver familiare, favorendo l'inclusione dell'assistito ed il supporto del caregiver familiare, nel rispetto prioritario del diritto di scelta della persona con disabilità;
  - i) promuove lo sviluppo di sistemi di informazione e comunicazione basati sulle nuove tecnologie a supporto dell'attività del caregiver familiare ovvero di un parente se richiesto dal caregiver familiare;
  - l) promuove programmi di aggiornamento degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiari e sulla relazione e comunicazione dovuta agli stessi, in accordo con i Comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali ed il lavoro, di concerto con l'Assessore regionale per la salute, sono adottate le misure attuative delle disposizioni di cui al presente articolo.

#### **Art. 4** *(Compiti dei Comuni)*

1. I Comuni, attraverso i propri servizi sociali, favoriscono il sostegno e l'affiancamento necessario al caregiver familiare per svolgere un'assistenza qualificata.

#### **Art. 5** *(Compiti delle aziende sanitari provinciali)*

1. Le aziende sanitari provinciali (ASP), nei limiti delle proprie competenze programmatiche e organizzative, riconoscono e definiscono il ruolo e l'apporto del caregiver familiare all'interno della rete di cura e di welfare locale, le attività formative e di orientamento nonché le modalità di coinvolgimento del caregiver familiare all'interno del percorso di cura della persona assistita.
2. Le ASP, nell'ambito della propria programmazione, assicurano:
  - a) la definizione delle modalità di coinvolgimento del caregiver familiare all'interno del percorso di cura della persona assistita, anche mediante attività di formazione e addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di assistenza prestato dal caregiver;
  - b) l'informazione, l'orientamento e l'affrancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali;
  - c) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari;
  - d) la programmazione di soluzioni volte a fronteggiare situazioni di emergenza che interessano l'assistito, segnalate dal caregiver familiare;
  - e) percorsi di supporto psicologico finalizzati al conseguimento e al mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare, anche con momenti di supporto familiare e con l'utilizzo della telemedicina;
  - f) interventi, programmati o di emergenza, di sollievo dal carico delle cure primarie in favore del caregiver familiare che fornisce assistenza o sostegno personale a un soggetto affetto da patologie croniche, attraverso il coordinamento con i servizi di assistenza domiciliare;
  - g) al caregiver familiare, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla privacy, informazioni puntuali ed esaurienti in merito alle problematiche della persona che necessita di cura ed assistenza, ai suoi bisogni assistenziali ed alle cure necessarie, ai diritti ed ai criteri di accesso alle prestazioni integrate nonché alle diverse opportunità e risorse presenti sul territorio che possano essere di sostegno all'attività di assistenza e di cura.
3. Ciascuna ASP individua, nell'ambito dei propri uffici, un soggetto responsabile del coordinamento delle azioni di supporto al caregiver familiare.
4. Le ASP, anche avvalendosi del soggetto di cui al comma 3, censiscono e monitorano le attività dei caregiver familiari presenti sul territorio anche al fine di verificare il risparmio di spesa derivante al Servizio sanitario regionale dal mancato ricovero degli assistiti in strutture ospedaliere di lungodegenza o in strutture per anziani non autosufficienti.

## **Art. 6**

*(Rete di sostegno al caregiver familiare)*

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari di cui all'articolo 15 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 nonché dalle reti di solidarietà promosse da iniziative private o da enti del terzo settore.
2. Sono elementi della rete di cui al comma 1:
  - a) il case manager individuato nell'ambito del progetto personalizzato, individualizzato e partecipato di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328 e successive modificazioni, realizzato dalle unità di valutazione multidimensionale, quale referente del caregiver familiare;
  - b) il soggetto responsabile del coordinamento delle azioni di supporto al caregiver di cui all'articolo 5, comma 3;
  - c) il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e l'infermiere di comunità;
  - d) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e i servizi specialistici sanitari;
  - e) gli enti del terzo settore accreditati che intervengono anche al fine di contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare nonché i fenomeni connessi allo stress intenso e prolungato cui sono sottoposti i caregiver familiari nel corso dell'attività di assistenza.

## **Art. 7**

*(Riconoscimento delle competenze e inserimento lavorativo del caregiver familiare)*

1. La Regione, anche al fine di favorirne l'accesso ovvero il reinserimento lavorativo, promuove percorsi formativi per coloro i quali abbiano prestato o prestino la propria attività di assistenza e cura nella qualità di caregiver familiare, adottati nel rispetto del sistema di formazione professionale di cui alla legge regionale 14 dicembre 2019, n. 23 e successive modificazioni.
2. Le competenze acquisite dal caregiver familiare, riconosciute e certificate ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 dicembre 2019, n. 23, possono essere riconosciute ai fini dell'attribuzione di crediti formativi per l'accesso ad ulteriori percorsi formativi del sistema regionale nell'ambito di attività di assistenza alla persona nonché ai fini di politiche attive mirate all'inserimento e reinserimento lavorativo.

## **Art. 8**

*(Azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento del terzo settore)*

1. Per sostenere e accompagnare il caregiver familiare nelle sue attività, la Regione, promuovendo forme di collaborazione con i Comuni e in accordo con distretti socio-sanitari, adotta le seguenti misure:
  - a) promuove e supporta, anche attraverso bandi rivolti agli enti del terzo settore, iniziative di informazione, formazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, alle strutture sociali, socio-sanitarie e sanitarie, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, riguardanti la non autosufficienza, la disabilità e il valore sociale dell'attività di cura e di assistenza prestata dal caregiver familiare, anche per favorire il benessere delle persone fragili;
  - b) favorisce, attraverso le forme di partecipazione previste dalla normativa regionale vigente, il coinvolgimento del terzo settore nella programmazione degli interventi sulla salute e per il benessere fisico e psico-sociale delle persone con disabilità o non autosufficienti.