

---

L.R. 3-11-1993 n. 30

Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali.  
Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 8 novembre 1993, n. 54.

## **L.R. 3 novembre 1993, n. 30 <sup>(1)</sup>.**

### **Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali <sup>(2)</sup>.**

---

(1) Pubblicata sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 8 novembre 1993, n. 54.

(2) Si vedano la [Circ.Ass. 29 aprile 1994, n. 747](#), la [Circ.Ass. 12 novembre 1994, n. 775](#) e il [Dec.Ass. 18 giugno 1994, n. 11403](#). Per l'istituzione, da parte delle aziende ospedaliere, di dipartimenti funzionali e dipartimenti interaziendali, si veda, ora, l'[art. 3 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25](#). Per la proroga del termine della gestione stralcio delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, si veda il [Dec.Ass. 12 luglio 1996, n. 19716](#). Si veda anche la [Circ.Ass. 13 febbraio 1997, n. 914](#) recante: "Controllo sugli atti delle Aziende UU.SS.LL. ed ospedaliere. [Legge regionale 3 novembre 1993, n. 30](#)".

---

## **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 del 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 finanziaria 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 <sup>(3)</sup> 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.

---

(3) Vedasi la *legge regionale 18 aprile 1981, n. 69*.

---

## **TITOLO II**

### **Organizzazione delle unità sanitarie locali e ambiti territoriali.**

#### **Art. 6**

##### *Ambiti territoriali.*

1. Al fine del riequilibrio tra macrofunzioni ospedaliere, extraospedaliere e di prevenzione, il territorio della Regione è suddiviso in quattro bacini infraregionali così ripartiti:

- a) Palermo e Trapani;
- b) Catania, Siracusa, Ragusa;
- c) Caltanissetta, Enna, Agrigento;
- d) Messina.

2. Le aziende unità sanitarie locali nella Regione siciliana sono nove, corrispondenti all'ambito territoriale di ciascuna provincia, con sede nei comuni capoluogo e sono così denominate:

- a) azienda unità sanitaria locale n. 1 - Agrigento;
- b) azienda unità sanitaria locale n. 2 - Caltanissetta;
- c) azienda unità sanitaria locale n. 3 - Catania;
- d) azienda unità sanitaria locale n. 4 - Enna;
- e) azienda unità sanitaria locale n. 5 - Messina;
- f) azienda unità sanitaria locale n. 6 - Palermo;
- g) azienda unità sanitaria locale n. 7 - Ragusa;
- h) azienda unità sanitaria locale n. 8 - Siracusa;

i) azienda unità sanitaria locale n. 9 - Trapani <sup>(4)</sup>.

2 bis. In deroga a quanto previsto dal comma 2, il comune di Lampedusa e Linosa rimane ricompreso nell'ambito territoriale della unità sanitaria locale n. 6 di Palermo. Tenuto conto della particolare situazione viaria, il comune di Capizzi viene altresì incluso nell'ambito territoriale della unità sanitaria locale n. 4 di Enna <sup>(5)</sup>.

3. Al piano sanitario regionale, in base ai criteri di distrettualizzazione contenuti nell'*articolo 22 della legge regionale 12 agosto 1980, n. 87*, e nel comma 4 del presente articolo, individua, all'interno dell'ambito territoriale di ciascuna unità sanitaria locale, i distretti sanitari che costituiscono le strutture tecnico-funzionali per l'erogazione delle prestazioni di primo livello e di pronto intervento in forma integrata, nonché la relativa organizzazione e i rapporti con i settori delle unità sanitarie locali.

4. ... <sup>(6)</sup>.

5. Al fine di mantenere la continuità organizzativa nel territorio, fino all'approvazione del piano sanitario e comunque non oltre un anno dalla entrata in vigore della presente legge, i distretti coincidono con gli ambiti delle sessantadue unità sanitarie locali attualmente esistenti nel territorio.

6. L'eventuale articolazione dei distretti in aree sub-distrettuali è proposta dall'unità sanitaria locale all'Assessore regionale per la sanità il quale la approva con apposito decreto, ove ricorrano comprovate esigenze territoriali, previo parere della Commissione legislativa "Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana. La proposta deve indicare tra le risorse esistenti quelle destinate alla attivazione dell'area sub-distrettuale e nella sua formulazione dovrà tenere conto dei seguenti requisiti:

a) coincidenza con il territorio di uno o più comuni;

b) densità demografica e delle popolazioni animali, situazione topografica e viaria con particolare riguardo alle zone montane ed insulari;

c) presenza di aree ad alto rischio;

d) flussi gravitazionali per cause occupazionali e sociali e frammentazione di impianti di interesse veterinario.

---

(4) Comma così sostituito dal comma 1 dell'*art. 6 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33*. La disposizione ridisegna l'assetto territoriale delle UU.SS.LL. siciliane ed abroga quindi implicitamente l'*art. 2 della legge regionale 12 agosto 1980, n. 87*.

(5) Comma aggiunto dal comma 1 dell'[art. 7 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33](#).

(6) Sostituisce la lettera a) del secondo comma dell'[articolo 22 della legge regionale 12 agosto 1980, n. 87](#).

---

### **Art. 7 <sup>(7)</sup>**

#### *Funzioni e organizzazione delle unità sanitarie locali.*

1. Le unità sanitarie locali erogano l'assistenza sanitaria attraverso i presidi ospedalieri 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 del 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 in 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 <sup>(8)</sup>;

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 <sup>(9)</sup>:

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 <sup>(10)</sup>;

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 équipes 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 ospedaliere e

territoriale dei servizi di tutela della salute mentale, che dovranno mantenere organizzazione e direzione unitarie.

---

(7) Si veda la *Circ.Ass. 20 giugno 1996, n. 884*.

(8) Si veda la *Circ.Ass. 23 marzo 1998, n. 953*, recante: "Linee guida per il settore n. 3 farmaceutica di cui all'*art. 7 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30*, e per i servizi di farmacie delle Aziende ospedaliere".

(9) Si veda il *Dec.Ass. 14 luglio 1998*, recante "Approvazione delle linee guida per l'istituzione del servizio sociale delle Aziende sanitarie".

(10) Lettera così modificata per effetto dell'*art. 15 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25*, cui si rimanda.

---

**Art. 8 <sup>(11)</sup>**  
*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 handicaps;

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 del 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.

---

(11) Vedasi anche il Titolo V della [legge regionale 12 agosto 1980, n. 87](#).

---

### **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 I livello dirigenziale in servizio presso le strutture territoriali, eletti rispettivamente dai medici di ciascun livello;

5 ter) due medici specialisti ambulatoriali eletti tra quelli in servizio presso la relativa azienda <sup>(12)</sup>;

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 <sup>(13)</sup>.

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 del 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 <sup>(14)</sup>.

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.

---

(12) I nn. 5-bis e 5-ter sono stati aggiunti dall'[art. 13 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25](#).

(13) Il n. 2-bis è stato aggiunto dall'[art. 13 della legge regionale 6 aprile 1996 n. 25](#).

(14) Comma aggiunto dall'[art. 13 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25](#).

---

## **Art. 10**

### *Collegio dei revisori.*

1. Le disposizioni previste dall'[articolo 3, comma 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), si applicano con le modifiche di cui ai commi successivi.

2. Il collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è composto di cinque membri di cui:

a) uno designato dall'Assessore regionale per il bilancio e le finanze;

b) uno designato dall'Assessore regionale per la sanità;

c) due designati dal Ministro del tesoro, scelti tra funzionari della Ragioneria generale dello Stato;

d) uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci.

3. I revisori, ad eccezione di quelli designati dal Ministro del tesoro, devono essere iscritti nel registro previsto dall'[articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88](#). Nelle more dell'attivazione del registro gli stessi sono scelti tra i soggetti che abbiano presentato domanda di iscrizione e che siano in possesso dei requisiti richiesti.

4. Il collegio dei revisori è nominato dal direttore generale entro dieci giorni dall'acquisizione delle prescritte designazioni <sup>(15)</sup>.

---

(15) Articolo così sostituito dall'*art. 2 della legge regionale 11 aprile 1995, n. 34*.

---

### **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. 12**

#### *Sanzioni a carico del direttore generale.*

1. La reiterata omissione delle attività previste dall'articolo 11, comma 1, determina la decadenza di diritto del direttore generale.
2. La proposta di decadenza del direttore generale può essere avanzata all'Assessore regionale per la sanità anche dal sindaco o dall'assemblea dei sindaci dei comuni delle unità sanitarie locali.
3. La decadenza del direttore generale è altresì determinata dal reiterato mancato riscontro da parte dell'ente deliberante della richiesta di chiarimenti sugli atti di cui all'articolo 53, capoverso 5, nel termine di trenta giorni dal ricevimento.
4. La decadenza è dichiarata con decreto del Presidente della Regione, su segnalazione dell'Assessore regionale per la sanità.
5. Il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale, dispone altresì la decadenza del direttore generale in tutti i casi in cui ricorrano gravi motivi o violazioni di legge o dei principi di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, nonché in tutte le ipotesi di gravi disavanzi di gestione.

---

### **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 del 1992](#).
2. (Comma omissis in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana) <sup>(16)</sup>.
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.

---

(16) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

---

### **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 (UOES) 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 <sup>(17)</sup>.

---

(17) Si veda la [Circ.Ass. 6 dicembre 1995, n. 844](#).

---

## **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. 17** <sup>(18)</sup>

*Modifiche alla legge regionale 30 gennaio 1991, n. 7 in tema di salvaguardia dei diritti degli utenti.*

1. ... <sup>(19)</sup>.

---

(18) Si veda *Dec.Ass. 1 luglio 1994*.

(19) Sostituisce gli artt. 31, 32 e 33 della *legge regionale 30 gennaio 1991, n. 7*.

---

### **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 del 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 <sup>(20)</sup>;

g) collaborazione con l'Osservatorio epidemiologico regionale alla esecuzione di indagini epidemiologiche e valutative <sup>(21)</sup>;

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 del 1981](#), alla definizione delle metodologie di raccolta ed elaborazione delle informazioni.

8. ... <sup>(22)</sup>.

9. ... <sup>(23)</sup>.

---

(20) Per riferimenti, si veda l'[art. 7 della legge regionale 18 gennaio 1997, n. 1](#).

(21) Per riferimenti, si veda l'[art. 7 della legge regionale 18 gennaio 1997, n. 1](#).

(22) Aggiunge un periodo dopo la lettera d) dell'[articolo 18 della legge regionale 6 gennaio 1981, n. 6](#).

(23) Aggiunge un periodo alla fine del secondo comma dell'[articolo 18 della legge regionale 6 gennaio 1981, n. 6](#).

---

### 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 del 1992](#);

b) all'applicazione dell'accordo regionale per il personale del servizio sanitario nazionale in merito all'aggiornamento inteso 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 del 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 provvede:

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 I 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 del 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

---

## **Art. 21**

### *Organi del Centro.*

1. Sono organi del centro:

- a. il direttore del centro;
- b. il collegio dei revisori <sup>(24)</sup>.

2. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Regione, su conforme delibera della Giunta regionale, tra personalità in possesso di documentata esperienza organizzativa nel settore della formazione socio-sanitaria.

3. Il direttore generale adotta tutti gli atti necessari al conseguimento degli scopi del Centro e nomina, entro trenta giorni dalla immissione nelle funzioni, il direttore della formazione ed il direttore amministrativo che devono avere comprovata esperienza nei rispettivi ambiti di competenza ed essere in possesso di diploma di laurea <sup>(25)</sup>.

4. Il direttore della formazione ha la responsabilità organizzativa delle attività del Centro; propone il piano delle attività e la nomina dei docenti.

5. Al direttore generale, al direttore della formazione e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le norme previste dal [decreto legislativo n. 502 del 1992](#) in merito ai direttori generali, ai direttori sanitari e ai direttori amministrativi delle unità sanitarie locali.

6. [Il consiglio di amministrazione è nominato con decreto del Presidente della Regione ed è formato oltre che dal direttore generale, che lo convoca e lo presiede, da quattro componenti di elevata capacità professionale e in possesso di documentata esperienza in campo giuridico o economico o organizzativo o di gestione del personale, designati rispettivamente:

- a) dal Presidente della Regione;
- b) dal Ministro della sanità;
- c) dal Ministro per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica;
- d) dall'Assessore regionale per la sanità] <sup>(26)</sup>.

7. [Il consiglio dura in carica cinque anni. I suoi componenti possono essere riconfermati] <sup>(27)</sup>.

8. [Alle sedute partecipano il direttore della formazione e il direttore amministrativo, con voto consultivo] <sup>(28)</sup>.

9. [Il consiglio di amministrazione delibera:

a) lo statuto;

b) il regolamento organico e il trattamento economico e giuridico del personale;

c) i bilanci preventivi e consuntivi;

d) gli acquisti e le vendite di immobili, la costituzione di diritti reali] <sup>(29)</sup>.

10. [Le deliberazioni del consiglio di amministrazione sono inviate all'Assessore regionale per la sanità che, entro dieci giorni dalla loro ricezione, può sospenderne l'esecuzione] <sup>(30)</sup>.

11. Il comitato scientifico è nominato con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, ed è composto da otto membri scelti tra studiosi di riconosciuta competenza, nell'ambito delle discipline e delle attività di interesse per i compiti istituzionali del Centro, in possesso di specifica e documentata esperienza di livello nazionale o internazionale. È altresì componente di diritto del comitato scientifico il vicepresidente in carica del comitato tecnico-scientifico dell'Osservatorio epidemiologico regionale di cui all'[articolo 20 della legge regionale n. 6 del 1981](#).

12. Con il decreto costitutivo il Presidente della Regione nomina il presidente del Comitato scientifico tra i suoi componenti.

13. Il comitato dura in carica cinque anni ed elegge al suo interno il vicepresidente.

14. I componenti possono essere riconfermati.

15. Alle riunioni del comitato partecipano il direttore generale e il direttore della formazione del Centro. Possono essere chiamati a partecipare altri esperti scelti dal comitato.

16. Funzioni del comitato scientifico sono:

a) esprimere parere sul programma di attività proposto annualmente dal direttore di formazione;

b) esprimere parere sulla nomina dei docenti;

c) formulare al direttore di formazione proposte di attività.

17. Il collegio dei revisori è nominato con decreto del Presidente della Regione e ha la stessa composizione del corrispondente organo delle unità sanitarie locali della Regione.

---

(24) Comma così sostituito dall'*art. 29, comma 2, lettera a), L.R. 15 maggio 2013, n. 9*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'*art. 77, comma 1, della medesima legge*) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 76, comma 2, della stessa legge*). Il testo originario era così formulato: «1. Sono organi del Centro:

a) il direttore generale;

b) il consiglio di amministrazione;

c) il comitato scientifico;

d) il collegio dei revisori.».

(25) Comma così modificato dall'*art. 29, comma 2, lettera b), L.R. 15 maggio 2013, n. 9*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'*art. 77, comma 1, della medesima legge*) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 76, comma 2, della stessa legge*).

(26) Comma così sostituito dall'*art. 3, L.R. 11 aprile 1995, n. 34*, poi abrogato dall'*art. 29, comma 2, lettera c), L.R. 15 maggio 2013, n. 9*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'*art. 77, comma 1, della medesima legge*) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 76, comma 2, della stessa legge*).

(27) Comma abrogato dall'*art. 29, comma 2, lettera c), L.R. 15 maggio 2013, n. 9*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'*art. 77, comma 1, della medesima legge*) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 76, comma 2, della stessa legge*).

(28) Comma abrogato dall'art. 29, comma 2, lettera c), L.R. 15 maggio 2013, n. 9, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'art. 77, comma 1, della medesima legge) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 76, comma 2, della stessa legge).

(29) Comma abrogato dall'art. 29, comma 2, lettera c), L.R. 15 maggio 2013, n. 9, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'art. 77, comma 1, della medesima legge) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 76, comma 2, della stessa legge).

(30) Comma abrogato dall'art. 29, comma 2, lettera c), L.R. 15 maggio 2013, n. 9, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (come disposto dall'art. 77, comma 1, della medesima legge) e con effetto dal 1° gennaio 2013 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 76, comma 2, della stessa legge).

---

## **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 <sup>(31)</sup>.
  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 <sup>(32)</sup>.
-

(31) Comma così modificato dall'*art. 139, comma 48, L.R. 16 aprile 2003, n. 4*, a decorrere dal 1° gennaio 2003 (come prevede l'*art. 141, comma 2* della stessa legge).

(32) Vedansi il precedente art. 5 e la *legge regionale 18 aprile 1981, n. 69*.

---

### **Art. 23**

#### *Accreditamento delle istituzioni private.*

1. L'Assessore regionale per la sanità, entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, adoterà i criteri per l'accreditamento ai fini della individuazione delle istituzioni private di cui all'*articolo 6, comma 3 del decreto legislativo n. 502 del 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 del 1978*;

c) strutture private, convenzionate [e non convenzionate] <sup>(33)</sup>, ai sensi degli articoli 43, primo comma, e 44, secondo comma, della *legge n. 833 del 1978*.

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. [Le strutture private convenzionate di cui alla lettera c) del comma 1 concorrono alla rete per l'assistenza ospedaliera fino ad un massimo del 7 per cento della dotazione di posti letto dell'intera rete ospedaliera regionale <sup>(34)</sup>. Entro il completamento del primo piano sanitario regionale l'attuale dotazione di posti letto delle strutture private verrà coordinata con gli obiettivi e gli

standards della rete ospedaliera regionale di cui ai successivi articoli e con il disposto dell'[articolo 6 della legge regionale 8 novembre 1988, n. 39](#). L'ubicazione di nuovi posti letto verrà privilegiata in quei territori in cui la dotazione di posti letto delle strutture di cui alle lettere a) e b) non raggiunge i parametri fissati nei successivi articoli e limitando le branche autorizzabili e convenzionabili a quelle non adeguatamente erogate dalle strutture medesime <sup>(35)</sup> ] <sup>(36)</sup>.

---

(33) Le parole tra parentesi sono state soppresse dall'[art. 3, comma 1, L.R. 21 aprile 1995, n. 39](#).

(34) Periodo così sostituito dall'[art. 3, comma 2, L.R. 21 aprile 1995, n. 39](#). Nella precedente formulazione, alla rete ospedaliera concorrevano anche le strutture private non convenzionate.

(35) Con [Dec.Ass. 28 giugno 1997](#) sono stati determinati i posti letto di day hospital presso Aziende ospedaliere pubbliche, strutture sanitarie convenzionate obbligatoriamente e strutture private convenzionate.

(36) Comma abrogato dall'[art. 129, comma 12, L.R. 26 marzo 2002, n. 2](#), a decorrere dal 1° gennaio 2002, come prevede l'[art. 131, comma 2, della stessa legge](#).

---

## **Art. 25**

### *Aziende e presidi.*

1. L'assistenza ospedaliera è organizzata secondo i principi di cui alla [legge n. 412 del 1991](#) e al [decreto legislativo n. 502 del 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 del 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 <sup>(37)</sup>.

3. Il piano sanitario regionale individua altresì le strutture ospedaliere che, ai sensi della [legge n. 412 del 1991](#), entro la scadenza del triennio devono essere riconvertite o dismesse.

4. Nell'ambito dei bilanci delle unità sanitarie locali i presidi ospedalieri 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 del 1992](#).

---

(37) Vedasi l'[art. 1 della legge regionale 11 aprile 1995, n. 34](#).

---

#### **Art. 26**

##### *Criteria generali di programmazione della rete ospedaliera.*

1. Fermo restando quanto previsto dall'[articolo 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992](#), per la classificazione dei presidi ospedalieri 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 infra regionali 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 manicomiale 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 ospedalieri 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 I 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 del 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 d'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* <sup>(38)</sup> <sup>(39)</sup>.

1. Per aree funzionali omogenee devono intendersi insiemi 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 del 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.

---

(38) Si vedano anche gli *artt. 3 e 4 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25*.

(39) Si veda il *Dec.Ass. 16 gennaio 1998*, avente ad oggetto: "Direttive per l'organizzazione delle Aziende unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende policlinici universitari ai sensi degli *artt. 29 e seguenti della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30*".

---

### **Art. 30**

#### *Organizzazione del dipartimento ospedaliero <sup>(40)</sup>.*

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).

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.

---

(40) Si vedano anche gli *artt. 3 e 4 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25.*

---

### **Art. 31**

#### *Finalità del dipartimento ospedaliero <sup>(41)</sup>.*

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 del 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.

---

(41) Si vedano anche gli [artt. 3 e 4 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25](#).

---

### **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 del 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 del 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 <sup>(42)</sup>;

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 del 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.

---

(42) Ai sensi dell'*art. 1 della legge regionale 21 aprile 1995, n. 39*:

"1. In deroga alle previsioni dell'*articolo 32, comma 1, lettera b), della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30*, in considerazione delle specifiche caratteristiche del territorio, è altresì individuato, quale azienda di riferimento per l'emergenza di secondo livello, l'ospedale «Ospedali civili riuniti» di Sciacca.

2. L'attivazione dell'azienda di cui al comma 1 è subordinata alla verifica del possesso dei requisiti di cui all'*articolo 4, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, come modificato dal *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*".

Si veda anche l'*art. 1, comma 3, della legge regionale 11 aprile 1995, n. 34*.

---

### **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 spedalizzazione 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**

#### *Spedalizzazione diurna.*

1. Nel regime di spedalizzazione 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 spedalizzazione 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 spedalizzazione diurna è computata in "posti letto equivalenti" che corrispondono ai fini organizzativi a posti letto ordinari.

4. Gli indicatori di performance dell'attività di spedalizzazione 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 35**

*Strutture poliambulatoriali e di day hospital.*

1. ... <sup>(43)</sup>.

---

(43) Aggiunge un comma all'art. 5 della *legge regionale 8 novembre 1988, n. 39*.

---

### **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 infraregionali, 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 <sup>(44)</sup>;

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 <sup>(45)</sup>:

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.

---

(44) Si veda in materia l'art. [39 della legge regionale 7 agosto 1997, n. 30](#).

(45) Si veda in argomento l'art. [10 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25](#).

---

## **TITOLO V**

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

### **Art. 37**

*Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia.*

1. Nel territorio della Regione siciliana si applicano nei confronti dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia, con sede in Palermo, le disposizioni di cui al [decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270](#) con le modifiche ed integrazioni di cui ai seguenti commi.

2. Giusta le disposizioni di cui all'[articolo 3 del decreto legislativo n. 270 del 1993](#) sono organi dell'Istituto:

- a) il consiglio di amministrazione;
- b) il direttore generale;
- c) il collegio dei revisori,

3. Il consiglio di amministrazione dell'Istituto sperimentale zooprofilattico della Sicilia è costituito da cinque membri di cui uno nominato dal Ministro della sanità e quattro dalla Regione, con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale e sentito il parere della Commissione legislativa "Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana. Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

4. I componenti del consiglio di amministrazione sono scelti tra esperti del settore, anche in materia di organizzazione e programmazione sanitaria. Per le incompatibilità valgono quelle fissate dall'[articolo 3, comma 9, del decreto legislativo n. 502 del 1992](#) per la figura del direttore generale.

5. Il consiglio di amministrazione delibera:

- a) lo statuto;
- b) il programma annuale;
- c) i bilanci preventivi e consuntivi e le relative variazioni;
- d) il regolamento organico, lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale;
- e) gli indirizzi e le direttive per il funzionamento dell'Istituto;
- f) gli acquisti e le vendite di immobili, la costituzione di diritti reali.

6. A maggioranza assoluta dei componenti il consiglio di amministrazione sceglie tra i propri membri un componente che svolgerà le funzioni di presidente. Le funzioni di segretario saranno svolte dal direttore amministrativo dell'ente o da altro funzionario designato dal direttore generale.

7. In caso di dimissioni, morte o impedimento permanente di un componente si provvede alla sostituzione entro trenta giorni con le modalità fissate nel comma 3.

8. Il consiglio di amministrazione si riunisce su convocazione del presidente, anche su richiesta di almeno un terzo dei componenti o del direttore generale e deve essere convocato almeno cinque volte l'anno.

9. Le riunioni del consiglio di amministrazione sono valide con la presenza della metà più uno dei componenti. Per i provvedimenti relativi alla revisione dello statuto ed all'approvazione del regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e delle relative dotazioni organiche è necessario il voto favorevole della maggioranza assoluta dei componenti del consiglio di amministrazione. Negli altri casi è necessario il voto favorevole della maggioranza dei componenti presenti alla seduta.

10. Il direttore generale dell'Istituto zooprofilattico sperimentale è nominato con decreto del Presidente della Regione, con l'osservanza delle procedure fissate dall'[articolo 3, comma 3, del decreto legislativo n. 270 del 1993](#), tra gli iscritti nell'elenco di cui all'articolo 3, comma 10, del decreto legislativo n. 502 del 1992, preferibilmente in possesso di laurea in medicina veterinaria.

11. Il direttore generale nomina un direttore amministrativo e un direttore sanitario veterinario.

12. Si applicano al direttore generale, al direttore amministrativo e al direttore sanitario veterinario, in quanto compatibili, le norme previste dal [decreto legislativo n. 502 del 1992](#) in merito ai direttori generali, ai direttori amministrativi e ai direttori sanitari delle unità sanitarie locali. Il direttore generale partecipa alle sedute del consiglio di amministrazione.

13. Il collegio dei revisori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia è costituito da tre membri: uno designato dall'Assessore regionale per la sanità e scelto tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'[articolo 1 del decreto legislativo n. 88 del 1992](#), uno designato dal Ministro della sanità e uno designato dal Ministro del tesoro

14. Il collegio dei revisori è nominato dal direttore generale entro dieci giorni dalla acquisizione delle designazioni e convocato dallo stesso in prima seduta. Il collegio dei revisori elegge nel suo seno il presidente,

15. Sui risultati e l'attività di vigilanza il collegio dei revisori riferisce, oltre che al consiglio di amministrazione e al direttore generale, all'Assessorato regionale della sanità, redigendo a tale scopo a cadenza semestrale apposita relazione,

16. Presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia 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 sulla programmazione degli interventi tecnici.

Il parere è da ritenersi reso favorevolmente ove non sia stato espresso entro dieci giorni dalla richiesta.

17. Il consiglio dei sanitari è così composto:

a) il direttore sanitario con funzioni di presidente;

b) due dirigenti delle sezioni zooprofilattiche provinciali;

c) due medici veterinari e due laureati non veterinari, eletti tra il personale laureato in servizio presso l'istituto:

d) tre unità di personale tecnico non laureato, elette tra il personale di pari qualifica in servizio.

18. Si applicano all'Istituto sperimentale zooprofilattico della Sicilia in quanto compatibili le norme di cui agli articoli 3, 4, 5, 11, 12 e 53.

---

### **Art. 38** <sup>(46)</sup> <sup>(47)</sup>

#### *Funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria.*

1. Le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria non riservate allo Stato e alla Regione dalla gente legislazione, ivi comprese le funzioni già demandate agli uffici del veterinario provinciale, del veterinario comunale e del veterinario consortile, sono trasferite alle unità sanitarie locali a norma della presente legge, ferme restando le attribuzioni del sindaco quale autorità sanitaria locale. Con decreto dell'Assessore regionale per sanità saranno emanate le direttive per l'applicazione del presente articolo.

2. L'organo di gestione di ciascuna unità sanitaria locale approva, sulla base di uno schema predisposto dall'Assessorato regionale della sanità, il regolamento di veterinaria ai sensi dell'*articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, n. 854* e successive modificazioni e integrazioni.

3. Il veterinario provinciale, il veterinario comunale o il veterinario consortile, nella qualità di presidente o componente di commissioni operanti nell'ambito della Pubblica amministrazione, per materie non attribuite al servizio veterinario regionale, sono sostituiti dal responsabile del settore veterinario dell'unità sanitaria locale competente per territorio o da altro funzionario veterinario dallo stesso delegato,

4. Fino al riordinamento degli uffici periferici dell'Assessorato regionale della sanità e al riassetto delle relative funzioni dirigenziali, i provvedimenti di competenza regionale in campo sanitario di cui alla [legge 24 novembre 1981, n. 689](#), ed in particolare quelli di cui all'articolo 18 della stessa legge, sono adottati dal sindaco competente per territorio che provvederà a versare le relative somme alla Regione <sup>(46)</sup>.

---

(46) Si vedano [Dec.Ass. 18 novembre 1994](#) e [Dec.Ass. 22 giugno 1994](#).

(47) Si veda la [Circ.Ass. 8 luglio 1996, n. 6](#).

(48) Si veda l'[art. 18 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33](#).

---

### **Art. 39**

#### *Controllo della produzione del latte.*

1. Il controllo della produzione di latte bovino ed ovicaprino, destinato all'alimentazione umana ed alla trasformazione, secondo la vigente normativa in materia, ed il controllo di detta produzione, previsto dagli accordi interprofessionali per il pagamento del latte a qualità, sono affidati all'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia, fatte salve le competenze in materia di servizi veterinari delle unità sanitarie locali.

2. Per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1, anche ai fini dello sviluppo delle conoscenze nello specifico campo, l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia potrà stipulare convenzioni con istituti universitari o enti pubblici purché non determinino aggravio di spesa a carico del bilancio regionale. Per la fornitura delle prestazioni concernenti i controlli del latte a qualità l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia potrà stipulare apposite convenzioni con enti, associazioni e cooperative di produttori.

3. L'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia attiverà in forma decentrata, nelle sue sedi periferiche dove maggiore è l'incidenza del patrimonio zootecnico, appositi servizi finalizzati alla esecuzione degli accertamenti di cui al comma 1.

---

---

### **Art. 39-bis**

*Competenze dell'Istituto sperimentale zootecnico della Sicilia <sup>(49)</sup>.*

1. All'Istituto sperimentale zootecnico della Sicilia, nell'ambito dei propri fini istituzionali e nell'interesse della Regione, sono attribuite le ulteriori seguenti funzioni:

a) progettazione, ricerca ed utilizzazione dei sottoprodotti zootecnici;

b) progettazione e ricerca sui prodotti caseari del territorio;

c) didattica avanzata sul territorio per la caseificazione e trasformazione dei prodotti derivati dalla carne;

d) messa a reddito delle aree disponibili, esclusivamente per le finalità istituzionali dell'Ente, attraverso la promozione di: progetti relativi alle aree mercatali e paesistiche; progetti relativi alle aree di pubblica fruizione per manifestazioni ed eventi; progetti di sperimentazioni agrarie; progetti tesi alla salvaguardia e valorizzazione della biodiversità animale e vegetale siciliana, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale;

e) (Lettera omessa in quanto impugnata dal Commissario dello Stato ai sensi dell'art. 28 dello Statuto).

---

(49) Articolo aggiunto dall'*art. 26, L.R. 24 novembre 2011, n. 25*.

---

### **Art. 40 <sup>(50)</sup>**

*Funzioni in materia di igiene e sanità pubblica.*

1. Le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, non espressamente riservate allo Stato ed alla Regione, ivi comprese quelle demandate agli uffici del medico provinciale o dell'ufficiale sanitario, nonché quelle di cui all'*articolo 7 della legge n. 833 del 1978*, sono attribuite alle Unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

2. L'Assessore regionale per la sanità emana ordinanze di carattere contingibile ed urgente, dandone immediata comunicazione al Presidente della Regione, in materia di igiene e sanità pubblica "e igiene e sanità pubblica veterinaria e polizia veterinaria" <sup>(51)</sup> con efficacia estesa al territorio dell'intera regione o al territorio di più comuni. L'esecuzione delle predette ordinanze è demandata ai sindaci dei comuni interessati. Qualora non venga data esecuzione a detti provvedimenti nei termini previsti, l'Assessore regionale per la sanità provvede direttamente attraverso la nomina di un commissario ad acta.

3. Sono attribuite nel settore dell'igiene e sanità pubblica all'Assessorato regionale della sanità le funzioni di coordinamento, indirizzo e programmazione, nonché ogni competenza attribuita alla Regione in materia dalle leggi vigenti.

4. In materia di igiene e sanità pubblica "e igiene e sanità pubblica veterinaria e polizia veterinaria" <sup>(52)</sup> spetta al sindaco l'emanazione delle ordinanze di carattere contingibile e urgente con efficacia estesa al territorio comunale, a norma dell'[articolo 32 della legge n. 833 del 1978](#) nonché l'emanazione di provvedimenti, ivi compresi quelli già demandati ai medici provinciali e agli ufficiali sanitari, che comportano l'uso dei poteri autorizzativi, prescrittivi e di concessione, che non siano conseguenti a mera ricognizione di presupposti fissati da legge o da regolamento. Per lo svolgimento delle attività istruttorie inerenti all'esercizio delle funzioni di cui al presente articolo, i sindaci si avvalgono dei presidi e settori della competente unità sanitaria locale e, prioritariamente, del personale di cui all'[articolo 5 del decreto legge 29 dicembre 1990, n. 415](#), convertito dalla [legge 26 febbraio 1991, n. 58](#). Tutti i provvedimenti per i quali non sia prevista per legge la specifica competenza del sindaco, sono adottati dall'unità sanitaria locale.

5. L'organo di gestione di ciascuna unità sanitaria locale, in base ad uno schema predisposto, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, dall'Assessorato regionale della sanità, di concerto con l'Assessorato regionale del territorio, approva il regolamento di igiene secondo le esigenze locali, previo parere dei comuni interessati che si intende espresso favorevolmente se non reso entro sessanta giorni dalla richiesta.

6. Spettano alle aziende unità sanitarie locali tutte le attività in materia di igiene e sanità di cui al comma I e di vigilanza sulle farmacie, ivi comprese quelle già di competenza dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari, nonché le attività istruttorie, di vigilanza e controllo in relazione alle attribuzioni del sindaco previste dal comma 4.

7. L'organo di gestione dell'unità sanitaria locale, nel rispetto delle norme del [decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761](#), fatto salvo quanto previsto dall'[articolo 21 della legge n. 833 del 1978](#), individua il personale dell'unità sanitaria locale in servizio presso il settore igiene, sanità pubblica, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro e presso il settore sanità pubblica veterinaria, per lo svolgimento delle attività ispettive di vigilanza e di controllo in materia di igiene e sanità.

8. Il personale di cui al comma 7 nell'esercizio delle funzioni già di competenza dei medici provinciali, degli ufficiali sanitari, "dei veterinari provinciali e dei veterinari comunali" <sup>(53)</sup> e dei vigili sanitari, provinciali e comunali, nei limiti del servizio cui è destinato e secondo le attribuzioni ad esso conferite, svolge le funzioni di ufficiale o agente di polizia giudiziaria, ai sensi dell'articolo 57 del codice di procedura penale.

9. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, che sarà adottato entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, saranno emanate le direttive per l'applicazione del presente articolo.

10. Nelle commissioni, nei collegi e nei comitati previsti dalla vigente legislazione, i medici provinciali e gli ufficiali sanitari sono sostituiti dal responsabile del settore sanitario competente per materia dell'unità sanitaria locale territorialmente competente o per sua delega da altro medico del settore.

---

(50) Si veda *Dec.Ass. 18 novembre 1994*.

(51) Le parole tra virgolette sono state aggiunte dall'*art. 18, comma 8 della legge regionale n. 33 del 1994*.

(52) Le parole tra virgolette sono state aggiunte dall'*art. 18, comma 8 della legge regionale n. 33 del 1994*.

(53) Le parole tra virgolette sono state aggiunte dall'*art. 18, ultimo comma della legge regionale n. 33 del 1994*.

---

#### **Art. 41**

##### *Riordino dei servizi di prevenzione.*

1. Con successiva legge si provvederà al riordino dei servizi di prevenzione e alla istituzione dell'azienda regionale di prevenzione.

2. Fino all'approvazione della legge di cui al comma 1, i laboratori provinciali di igiene e profilassi continuano a fare parte delle unità sanitarie locali territorialmente competenti e mantengono le funzioni attualmente esercitate e il relativo personale, compreso quello di vigilanza.

---

#### **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 del 1978*. In particolare competono alla 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 del 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 della sanità.**

#### **Art. 43**

##### *Asili nido.*

1. A decorrere dal 1° gennaio 1994 le attribuzioni regionali in materia di asili nido sono esercitate, ai sensi della *legge regionale 9 maggio 1986, n. 22*, dall'Assessorato regionale degli enti locali.

---

**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.

---

**Art. 47***Borse di studio.*

1. In attesa del riordino dei ruoli tecnici dell'Assessorato regionale della sanità, allo scopo di assicurarne la funzionalità sotto il profilo tecnico, le borse e gli assegni di studio usufruiti alla data del 31 agosto 1993 presso l'Osservatorio epidemiologico regionale e il Centro di documentazione per l'educazione sanitaria dell'Assessorato regionale della sanità sono prorogati per due anni.

---

**TITOLO VII****Norme sul personale.**

## **Art. 48**

### *Personale comandato* <sup>(54)</sup>.

1. Il personale comandato presso l'Assessorato regionale della sanità ai sensi dell'articolo 1, capoverso 5, della [legge regionale 5 dicembre 1991, n. 46](#), nonché quello comandato ai sensi dell'[articolo 17 della legge regionale 23 dicembre 1985, n. 52](#), modificato dall'[articolo 15 della legge regionale 22 aprile 1986, n. 20](#), nonché ai sensi dell'[articolo 4 della legge regionale 5 gennaio 1991, n. 3](#), in servizio presso l'Assessorato regionale della sanità alla data del 30 settembre 1993, è inquadrato, con decorrenza giuridica ed economica dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel ruolo speciale transitorio istituito con l'[articolo 8 della legge regionale 27 dicembre 1985, n. 53](#), con i criteri e le modalità nello stesso articolo 8 stabiliti.
2. L'inquadramento avverrà a domanda da presentarsi da parte degli interessati entro trenta giorni dalla data dell'entrata in vigore della presente legge.
3. (Comma omissis in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana) <sup>(55)</sup>.

---

(54) Vedi anche, per il personale di cui al presente articolo, quanto dispone l'[art. 2, comma 1, L.R. 27 febbraio 2007, n. 5](#).

(55) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

---

## **Art. 49**

*(Articolo omissis in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana)* <sup>(56)</sup>.

(56) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

---

## **Art. 50**

*(Articolo omissis in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana)* <sup>(57)</sup>.

(57) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

---

#### **Art. 51**

*(Articolo omesso in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana) <sup>(58)</sup>.*

(58) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

---

#### **Art. 52**

*Medicina dei servizi e guardia medica.*

1. Il piano sanitario regionale prevederà la piena e prioritaria utilizzazione nelle piante organiche delle unità sanitarie locali dei medici di medicina dei servizi in atto titolari d'incarico a tempo indeterminato. A tal fine detti medici saranno utilizzati con massimale orario di 38 ore settimanali.

2. Il piano sanitario regionale dovrà prevedere prioritariamente il pieno utilizzo a tempo pieno nelle aree di emergenza e nelle aziende ospedaliere dei medici della guardia medica titolari di incarico a tempo indeterminato attualmente in servizio.

---

### **TITOLO VIII**

#### **Modifiche alla *legge regionale 1 settembre 1993, n. 25*.**

#### **Art. 53**

*Gestione e pubblicità degli atti.*

1. ... <sup>(59)</sup>.

---

(59) Sostituisce l'articolo 65 della *legge regionale 1 settembre 1993, n. 25*.

---

## **Art. 54**

*Piano sanitario regionale.*

1. ... <sup>(60)</sup>.

---

(60) Sostituisce l'articolo 66 della *legge regionale 1 settembre 1993, n. 25*.

---

## **TITOLO IX**

### **Norme finali e transitorie.**

## **Art. 55**

*Norme transitorie.*

1. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Presidente della Regione, previa delibera della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, nomina un commissario straordinario per l'attivazione di ciascuna delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 6, che assume altresì le funzioni di amministratore straordinario delle preesistenti unità sanitarie locali il cui territorio confluirà nell'azienda unità sanitaria locale per la cui attivazione viene nominato. I commissari verranno scelti tra funzionari regionali con qualifica non inferiore a dirigente o equiparato e dirigenti apicali di unità sanitarie locali e resteranno in carica sino alla nomina dei direttori generali di cui al comma 5. Ai commissari straordinari delle unità sanitarie locali si applica il trattamento economico previsto per gli amministratori straordinari. Per gli spostamenti dal luogo di residenza a quello di svolgimento delle proprie funzioni e per gli spostamenti connessi allo svolgimento delle stesse spetta il rimborso di viaggio nelle misure previste per i dipendenti dello Stato. Gli stessi vengono collocati in aspettativa senza assegni. Per la durata della loro nomina, resta a carico dell'Amministrazione regionale l'obbligo del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali con diritto al rimborso a carico del bilancio delle unità sanitarie locali <sup>(61)</sup>.

1 bis. Al fine di consentire una migliore funzionalità della fase di avvio delle nuove aziende unità sanitarie locali, l'Assessore regionale per la sanità nomina due vicecommissari per le aziende di Palermo, Catania e Messina, ed un vicecommissario per ciascuna delle altre sei unità sanitarie locali, scelti con gli stessi criteri di selezione.

1 ter. I vicecommissari svolgono le funzioni dei commissari straordinari in caso di assenza o impedimento degli stessi o per delega anche parziale su singole materie.

1 quater. Ai vicecommissari si applicano lo stato giuridico e il trattamento economico dei commissari straordinari, ridotto del 10 per cento <sup>(62)</sup>.

1 quinquies. Ferma restando la sede legale delle singole unità sanitarie locali, la sede legale del commissario straordinario è ubicata presso la sede capoluogo di provincia e per le province di Palermo, Messina e Catania, rispettivamente, presso le unità sanitarie locali n. 58, n. 41 e n. 35. Il commissario straordinario può deliberare validamente presso la sede di ciascuna unità sanitaria locale anche per atti di competenza delle altre unità sanitarie locali della provincia, delegando, ove occorra, per ciascuna di esse al vicecommissario.

1 sexies. Il commissario straordinario, oltre alla delega prevista per i vicecommissari di cui all'*articolo 4 della legge regionale 31 gennaio 1994, n. 3*, può attivare le procedure per la firma da parte dei coordinatori amministrativi e sanitari e dei funzionari apicali degli atti previsti dal *decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1972, n. 748*, e successive modifiche ed integrazioni e dal *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modifiche e integrazioni, ivi compresi: i modelli di prescrizioni specialistiche di presidi ed ausili sanitari, le impegnative per esami specialistici e di alta specialità per pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri, le denunce per gli infortuni sul lavoro, gli atti vincolati che non comportano esercizio di discrezionalità nonché quelli che costituiscono esecuzione di deliberazioni e disposizioni comprensive di precisi impegni di spesa, fatta eccezione per i provvedimenti di nomina all'impiego, anche a carattere provvisorio, per i contratti, per le convenzioni e per ogni altro atto di natura giudiziale. Il coordinatore amministrativo può essere delegato a firmare le reversali di introito ed i mandati di pagamento in esecuzione di deliberazioni esecutive <sup>(63)</sup>.

2. Il Presidente della Regione, previa delibera della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, determina la data di inizio del funzionamento delle unità sanitarie locali istituite ai sensi della presente legge, che dovrà avvenire entro centoventi giorni dalla relativa entrata in vigore, e costituisce, entro lo stesso periodo, le aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione che risultino già individuate dal Consiglio dei Ministri ai sensi dell'*articolo 4, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992*.

3. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge l'Assessore regionale per la sanità, sentita la Commissione legislativa "Servizi sociali e sanitari" dell'Assemblea regionale siciliana, formula i criteri per l'individuazione dei beni mobili ed immobili, delle attrezzature e del personale delle unità sanitarie locali da trasferire agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera <sup>(64)</sup>.

4. Con lo stesso provvedimento di cui al comma 2 il Presidente della Regione adotta le disposizioni relative al trasferimento dei beni mobili ed immobili e delle attrezzature delle unità sanitarie locali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge alle aziende ospedaliere e unità sanitarie locali di cui allo stesso comma <sup>(65)</sup>.

5. Entro i termini di cui al comma 2 il Presidente della Regione nomina, con le modalità previste dall'*art. 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992*, previa delibera della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, il direttore generale per ciascuna delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione che risultino già individuate dal Consiglio dei Ministri.

6. Qualora l'elenco di cui all'*articolo 3, comma 10, del decreto legislativo n. 502 del 1992* non fosse ancora stato predisposto, assumono i poteri previsti per i direttori generali i commissari di cui al comma 1 del presente articolo. La nomina dei direttori generali dovrà comunque avvenire entro trenta giorni dalla pubblicazione dell'elenco.

7. Dopo che il piano sanitario regionale avrà provveduto alla individuazione degli ospedali destinati a centri di riferimento della rete dei servizi di emergenza di cui all'articolo 25, comma 1, lett. b) si procederà alla costituzione delle relative aziende con le stesse modalità previste dal presente articolo per le aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione.

8. Nella prima applicazione della presente legge, le piante organiche delle unità sanitarie locali di cui al comma 2 sono costituite dalle diverse piante organiche delle preesistenti unità sanitarie locali che territorialmente vi confluiscono.

9. Entro centoventi giorni dalla data di costituzione delle aziende ospedaliere e unità sanitarie locali i direttori generali adotteranno la pianta organica integrata. Fino all'esecutività del relativo atto continueranno ad avere vigore le piante organiche delle precedenti unità sanitarie locali, purché rideterminate in applicazione della *legge 23 ottobre 1985, n. 595*, del *decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27*, convertito con modificazioni dalla *legge 8 aprile 1988, n. 109*, e della *legge 30 dicembre 1991, n. 412* e definitivamente approvate dalla giunta regionale.

10. Alle aziende unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere è trasferita la titolarità dei rapporti giuridici, relativi a contratti e convenzioni stipulati dalle soppresse unità sanitarie locali, che risultino in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, salve le eventuali modifiche.

11. Le aziende di cui al comma 10 subentrano, altresì, nelle procedure concorsuali delle graduatorie già applicate, nel rispetto degli ambiti territoriali delle soppresse unità sanitarie locali.

12. È estesa alle aziende ospedaliere la normativa relativa alle unità sanitarie locali, non in contrasto con la presente legge.

13. (Comma omissis in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana) <sup>(66)</sup>.

14. Le équipes pluridisciplinari previste dall'allegato all'*art. 1 della legge regionale 28 marzo 1986, n. 16*, sono soppresse. Le stesse continueranno a

funzionare nelle more dell'adozione del piano sanitario regionale con il quale si provvederà ad una riorganizzazione funzionale delle attività svolte ed alla formulazione dei criteri per l'individuazione e l'assegnazione delle relative figure professionali per le quali sarà previsto l'inquadramento nei servizi territoriali o, limitatamente al personale medico, anche nelle aziende ospedaliere o nei presidi ospedalieri.

15. Il personale dei pregressi consorzi provinciali e dispensari antitubercolari, dei dispensari dermoceltici e dei dispensari antitracomatosi, già inserito nelle piante organiche delle unità sanitarie locali, è inquadrato nei settori e nei servizi sanitari territoriali competenti <sup>(67)</sup>, e, limitatamente al personale medico, anche nelle aziende ospedaliere o nei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali nel rispetto della posizione funzionale di appartenenza.

16. Nella Regione siciliana cessano di avere applicazioni le disposizioni di cui alla [legge 12 febbraio 1968, n. 132](#), al [decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128](#) e al [decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129](#), in contrasto con le norme della presente legge.

17. (Comma omesso in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana) <sup>(68)</sup>.

18. Fino alla definizione e per il periodo di vigenza del primo piano sanitario regionale è assicurata la permanenza dei posti letto della ospedalità privata convenzionata e di quelli della ospedalità privata autorizzata, alla data di entrata in vigore della [legge regionale 3 novembre 1993, n. 30](#), alla costruzione, o all'apertura, o all'ampliamento, o alla gestione, compresi quelli realizzati con progetto approvato dalla Commissione di cui ai commi 2 e 3 dell'[articolo 2 della legge regionale 8 novembre 1988, n. 39](#). In detto periodo è consentito, inoltre, il rilascio di autorizzazioni limitatamente alle strutture definite di alta e/o altissima specialità, ai sensi dell'[articolo 6, commi 2 e 3, della legge regionale n. 39 del 1988](#), e di quelle riabilitative ai sensi dell'articolo 6, comma 1 della medesima legge <sup>(69)</sup>.

18 bis. Per le finalità di cui al comma 18 è richiesto il possesso dei requisiti tecnici previsti dalla legislazione vigente <sup>(70)</sup>.

18 ter. I soggetti eroganti prestazioni di alta e/o altissima specialità indicate nel comma 18 del presente articolo, che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base di tariffe predeterminate dalla Regione, vanno ricompresi tra gli aventi diritto all'accREDITAMENTO di cui all'[articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724](#) <sup>(71)</sup>.

19. Fino all'approvazione del primo piano sanitario regionale che determinerà per ogni unità sanitaria locale il numero delle commissioni mediche per l'accertamento dell'invalidità civile ai sensi della [legge 15 ottobre 1990, n. 295](#), è fatto divieto alle unità sanitarie locali di istituire nuove commissioni.

20. Per il periodo di vigenza del primo piano sanitario regionale, per le figure componenti delle commissioni mediche per le quali la [legge n. 295 del 1990](#) prevede il requisito della specializzazione in medicina legale o in medicina del lavoro, le unità sanitarie locali, qualora non fosse possibile reperire tali figure tra i dipendenti in servizio, sono autorizzate ad avvalersi di personale in quiescenza ovvero di dipendenti di altri enti <sup>(72)</sup>.

---

(61) L'ultimo periodo del presente comma è stato così sostituito dal comma 1 dell'[art. 8 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33](#).

(62) I commi 1 bis, 1 ter ed 1 quater sono stati aggiunti dall'[art. 4 della legge regionale 31 gennaio 1994, n. 3](#). Il comma 1 quater è stato così sostituito dall'[art. 9 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33](#).

(63) I commi 1 quinquies ed 1 sexies sono stati aggiunti dall'[art. 10 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33](#).

(64) Si veda il [D.P.Reg. 16 maggio 1996](#), concernente "Disposizioni relative al trasferimento di beni mobili, immobili ed attrezzature alle Aziende unità sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere". Con decreto del Presidente della Regione 7 luglio 1995, n. 189, sono state costituite le Aziende sanitarie e nominati i direttori generali delle stesse ai sensi del presente articolo. Per la proroga del termine della gestione stralcio delle Aziende ospedaliere, si veda il [Dec.Ass. 24 gennaio 1997](#) (Gazz. Uff. Reg. sic. 12 aprile 1997, n. 18).

(65) Si veda il [D.P.Reg. 16 maggio 1996](#), concernente "Disposizioni relative al trasferimento di beni mobili, immobili ed attrezzature alle Aziende unità sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere". Con decreto del Presidente della Regione 7 luglio 1995, n. 189, sono state costituite le Aziende sanitarie e nominati i direttori generali delle stesse ai sensi del presente articolo. Per la proroga del termine della gestione stralcio delle Aziende ospedaliere, si veda il [Dec.Ass. 24 gennaio 1997](#) (Gazz. Uff. Reg. sic. 12 aprile 1997, n. 18).

(66) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

(67) Le parole "nei settori e nei servizi sanitari territoriali competenti" sostituiscono le precedenti "nel dipartimento assistenza specialistica e semiresidenziale territoriale, prioritariamente nel poliambulatorio" per effetto dell'[art. 11 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33](#). Per l'interpretazione autentica del presente comma, si veda l'[art. 14 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25](#).

(68) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

(69) Il comma 18 è stato così sostituito dall'*art. 4, comma 1, della legge regionale 21 aprile 1995, n. 39*.

(70) Il comma 18 bis è stato aggiunto dall'*art. 4, comma 2, della legge regionale 21 aprile 1995, n. 39*.

(71) Comma aggiunto dall'*art. 22 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 26*.

(72) Si veda la *Circ.Ass. 12 novembre 1994, n. 775*.

---

### **Art. 56**

*(Comma omesso in quanto impugnato, ai sensi dell'art. 28 dello Statuto, dal Commissario dello Stato per la Regione siciliana) <sup>(73)</sup>*

(73) Peraltro, la Corte Costituzionale con sentenza 15/30 dicembre 1994, n. 470, ha dichiarato la cessazione della materia del contendere in ordine alla sollevata questione di illegittimità costituzionale.

---

### **Art. 57 <sup>(74)</sup>**

*Trattamenti riabilitativi.*

1. Al fine di garantire i trattamenti riabilitativi ai soggetti di cui all'*articolo 2 della legge regionale 18 aprile 1981, n. 68*, qualora le unità sanitarie locali non vi possano provvedere con la propria struttura, le stesse unità sanitarie locali sono autorizzate ad avviare i disabili nei centri privati convenzionati anche oltre i limiti della convenzione esistente, e comunque per un numero non superiore a quello trattato al 30 aprile 1993, fino alla stipula delle nuove convenzioni.

---

(74) Per l'interpretazione autentica del presente articolo, si veda l'*art. 1 della legge regionale 3 ottobre 1995, n. 70*.

---

### **Art. 58 <sup>(75)</sup>**

*Commissione consultiva per gli anziani e assistenza domiciliare.*

1. ... <sup>(76)</sup>.

[2. Per l'affidamento dei servizi di assistenza domiciliare dei servizi sociali sanitari si applica la [legge regionale 29 aprile 1985, n. 21](#). L'Assessore regionale per gli enti locali e l'Assessore regionale per la sanità provvederanno ad emanare apposite direttive attuative entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge] <sup>(77)</sup>.

3. Il termine del 31 marzo, previsto dall'[articolo 11 della legge regionale 6 maggio 1981, n. 87](#) e dagli [articoli 4 e 9 della legge regionale 25 marzo 1986, n. 14](#), è anticipato al 30 novembre dell'anno precedente a quello per il quale vengono richiesti i relativi contributi.

---

(75) Si vedano [Circ.Ass. 30 marzo 1993, n. 8](#) e [Circ.Ass. 8 marzo 1994, n. 4](#).

(76) Sostituisce il primo capoverso del comma 1 dell'[art. 3 della legge regionale 7 agosto 1990, n. 27](#).

(77) Comma abrogato dall'[art. 15, comma 1, della legge regionale 8 gennaio 1996, n. 4](#).

---

## **Art. 59**

1. La presente legge sarà pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana ed entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

2. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge nella Regione.

---