

LEGGE 14 aprile 2009, n. 5.

Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale

REGIONE SICILIANA
L'ASSEMBLEA REGIONALE HA APPROVATO
IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
PROMULGA

la seguente legge:

Titolo I PRINCIPI E FINALITA'

Art. 1.

Oggetto e finalità

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

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

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

Art. 2.

Principi

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

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

3. Il Servizio sanitario regionale:

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

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

- a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- b) l'ottimale organizzazione delle modalità di accoglienza e accesso alla rete dei servizi nell'ambito del distretto

sanitario;

- c) il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata accreditata in funzione di una equilibrata distribuzione territoriale dell'offerta avuto riguardo alla complessità delle prestazioni erogate anche attraverso l'accorpamento e/o l'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue o sovradimensionate e la rifunionalizzazione di presidi ospedalieri sottoutilizzati o a bassa complessità con razionali modelli organizzativi più rispondenti agli accertati bisogni di salute;
- d) il superamento della frammentazione e/o duplicazione delle strutture organizzative esistenti, attraverso processi di aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale;
- e) processi di razionale distribuzione, presso strutture pubbliche, nel rispetto della vigente normativa, dei contratti e degli accordi sindacali, del personale eventualmente risultante in esubero per effetto del riordino della rete ospedaliera pubblica;
- f) il potenziamento dei servizi e dei posti letto necessari alle attività di riabilitazione, lungodegenza e post-acuzie;
- g) una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva extraregionale;
- h) l'attuazione del principio di responsabilità attraverso l'implementazione di un completo controllo di gestione per la verifica dell'appropriatezza, qualità, efficacia, efficienza ed economicità delle prestazioni e dell'operato dei suoi responsabili, sulla base di consolidati criteri tecnico-scientifici e mediante l'informatizzazione delle funzioni e delle dinamiche sanitarie.

Titolo II PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Art. 3.

Programmazione sanitaria regionale

1. Il Piano sanitario regionale definisce, nell'ambito della compatibilità finanziaria ed in coerenza con il Piano sanitario nazionale, gli strumenti e le priorità idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario regionale in ottemperanza ai Livelli essenziali di assistenza, agli indirizzi della politica sanitaria regionale nonché alle disposizioni della presente legge. Esso è attuato nella programmazione sanitaria locale secondo quanto disposto nei successivi articoli.
2. Il Piano sanitario regionale è proposto dall'Assessore regionale per la sanità, acquisito il prescritto parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, istituita dalla legge regionale 9 ottobre 2008, n. 10, e sentita la Consulta regionale della sanità, di cui all'articolo 17 della presente legge, che esprime le proprie osservazioni entro trenta giorni dalla richiesta.
3. Il Piano sanitario regionale ha durata triennale. Esso è approvato con decreto del Presidente della Regione, previa delibera della Giunta regionale, acquisito il parere vincolante della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana. Con le stesse modalità si procede all'approvazione delle modifiche che si rendessero necessarie entro i tre anni di vigenza.
4. In sede di prima applicazione della presente legge il Piano sanitario regionale è approvato con la procedura di cui al comma 3 entro duecentoquaranta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
5. Ai fini del monitoraggio dello stato di attuazione degli obiettivi definiti dal Piano sanitario regionale, con particolare riferimento allo stato di salute della popolazione, e dei relativi livelli di spesa, l'Assessore regionale per la sanità predispone, entro il 30 aprile di ogni anno, un'apposita relazione sullo stato del Servizio sanitario regionale dettagliatamente corredata dei dati necessari. La relazione è illustrata alla Giunta regionale e successivamente trasmessa all'Assemblea regionale siciliana.

Art. 4.

Partecipazione alla programmazione sanitaria regionale

1. Partecipano all'elaborazione degli atti della programmazione sanitaria regionale per quanto di loro competenza:
 - a) le Università degli studi di Palermo, Catania e Messina, in relazione agli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali di didattica e di ricerca ed in conformità al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517;
 - b) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca pubblici e privati, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del Servizio sanitario regionale.
2. I rapporti tra la Regione ed i soggetti di cui al comma 1 sono definiti, in conformità alla vigente normativa, sulla base di specifici accordi e protocolli d'intesa che individuano gli ambiti e le modalità di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze del settore sanitario.
3. Le associazioni di categoria del settore sanitario maggiormente rappresentative, le associazioni di volontariato e quelle di tutela dei diritti dell'utenza maggiormente rappresentative concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alla vigente normativa, alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale.

Art. 5.

Programmazione sanitaria locale

1. Sono atti della programmazione sanitaria locale:

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

Titolo III
ATTRIBUZIONI DI RISORSE
Art. 6.
Finalizzazione delle risorse finanziarie

1. Le risorse finanziarie disponibili annualmente per il Servizio sanitario regionale previste dalla normativa nazionale e regionale ed in coerenza con le strategie e gli obiettivi del Piano sanitario regionale, sono determinate e destinate dall'Assessore regionale per la sanità:
- a) alle Aziende del Servizio sanitario regionale previa negoziazione con i direttori generali, tenuto conto dei criteri e dei parametri correlati alle attività proprie delle medesime, alla complessità della casistica e delle prestazioni erogate,

all'appropriatezza e qualità dei ricoveri, alla produttività delle stesse Aziende, alla popolazione residente, alla mobilità attiva e passiva, nonché tenendo conto di criteri di perequazione finalizzati ad assicurare l'erogazione uniforme, efficace, appropriata ed omogenea dei Livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio regionale e dei meccanismi di remunerazione previsti dall'articolo 25, comma 1, lettera f);

b) ai programmi interaziendali di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta, proposti dalle Aziende del Servizio sanitario regionale, di cui all'articolo 16, comma 1, lettera e), nonché ai programmi definiti negli atti di programmazione regionale;

c) al fabbisogno della rete dell'emergenza-urgenza sanitaria ed a programmi di interesse generale, gestiti, anche in modo diretto, dalla Regione;

d) ai programmi di attività per funzioni obbligatorie non valutabili a prestazione o per specifici progetti funzionali nel rispetto dei principi di cui all'articolo 2;

e) al fondo di investimento per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle Aziende del Servizio sanitario regionale;

f) al fabbisogno necessario per l'espletamento dell'attività assistenziale degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati e, fino alla scadenza degli accordi vigenti, delle sperimentazioni gestionali;

g) al fabbisogno del Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del Servizio sanitario e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia per l'espletamento delle attività di rispettiva competenza;

h) al soddisfacimento delle necessità derivanti dalla tutela della salute per le emergenze zootecniche dalla tutela sanitaria per i cittadini immigrati extracomunitari e dalle esigenze di protezione della salute nelle aree industriali a rischio; per queste ultime sono individuate, con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, le prescrizioni in materia di prevenzione individuale e collettiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria per le patologie derivanti dagli insediamenti industriali e le specifiche risorse.

2. I programmi di cui alle lettere b) e d) del comma 1 sono attuati previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana.

3. Nel quadro della riorganizzazione delle Aziende sanitarie continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 3, della legge regionale 6 febbraio 2006, n. 10 relativamente all'attivazione di nuove unità operative complesse in discipline oncologiche e radioterapiche nei distretti ospedalieri e nelle Aziende ospedaliere ricadenti nelle zone classificate ad alto rischio ambientale.

Art. 7.

Rapporti economici tra le Aziende sanitarie provinciali e accesso alle prestazioni

1. Fermo restando quanto previsto in ordine al finanziamento delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliere-universitarie, la regolazione dei rapporti economici tra le Aziende sanitarie provinciali è disciplinata dalle disposizioni di cui al presente articolo.

2. Sono a carico delle Aziende sanitarie provinciali gli oneri relativi alle prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza al netto delle quote di partecipazione determinate dalla normativa nazionale e regionale.

3. Le prestazioni erogate nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza sono remunerate, ai soggetti pubblici o privati che le rendono, dall'Azienda sanitaria provinciale di residenza del cittadino che ne usufruisce nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione, nei limiti delle tariffe massime nazionali di cui all'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

4. Le prestazioni rese ai cittadini residenti nel territorio di altra Azienda sanitaria provinciale sono a carico dell'Azienda sanitaria provinciale di residenza dei medesimi, secondo le modalità stabilite con apposito decreto dell'Assessore regionale per la sanità in sede di assegnazione delle risorse finanziarie.

5. Le relative regolazioni contabili hanno luogo su base regionale attraverso le procedure di compensazione individuate con il decreto di cui al comma 4.

6. Le Aziende sanitarie provinciali nell'ambito dei propri fini istituzionali possono svolgere attività a pagamento nei riguardi di istituzioni pubbliche o soggetti privati sulla base della normativa nazionale e regionale vigente.

7. L'accesso alle prestazioni fornite dal sistema sanitario regionale avviene, di norma, su prescrizione, proposta o richiesta compilata sull'apposito ricettario, fatte salve le prestazioni di emergenza-urgenza, i trattamenti sanitari obbligatori e le attività di prevenzione.

8. L'Assessorato regionale della sanità, in relazione alle risorse disponibili ed all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e sulla base dei fabbisogni rilevati, può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle Aziende del Servizio sanitario regionale e delle strutture private convenzionate, a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa e di specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario.

9. Le Aziende del Servizio sanitario regionale, assicurando il regolare svolgimento delle ordinarie attività istituzionali sulla base degli indirizzi regionali, possono altresì erogare, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza in regime di libera professione dei dipendenti, prevedendone la valorizzazione tariffaria sulla base delle direttive e dei vincoli appositamente disposti dall'Assessorato regionale della sanità.

Titolo IV
AZIENDE E DISTRETTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Art. 8.

Cessazione e costituzione delle Aziende del Servizio sanitario regionale

1. Sono istituite le Aziende sanitarie provinciali (A.S.P.) nel numero massimo di nove e le Aziende ospedaliere (A.O.) di riferimento regionale nel numero massimo di tre, che sono di seguito individuate, unitamente ai rispettivi ambiti territoriali di riferimento ed alla loro corrispondenza con le Aziende contestualmente soppresse, congiuntamente alle Aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione (A.R.N.A.S.) ed alle Aziende ospedaliere universitarie.

Aziende di nuova costituzione		Ex Aziende	Ambito territoriale
AG	Azienda sanitaria provinciale di Agrigento	Azienda unità sanitaria locale 1 Azienda ospedaliera San Giovanni di Dio di Agrigento Azienda ospedaliera di Sciacca	Provincia di Agrigento
CL	Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta	Azienda unità sanitaria locale 2 Azienda ospedaliera Sant'Elia di Caltanissetta Azienda ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela	Provincia di Caltanissetta
CT	Azienda sanitaria provinciale di Catania	Azienda unità sanitaria locale 3 Azienda ospedaliera Gravina di Caltagirone	Provincia di Catania
	Azienda ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro	A.O. Cannizzaro	
EN	Azienda sanitaria provinciale di Enna	Azienda unità sanitaria locale 4 Azienda ospedaliera Umberto I di Enna	Provincia di Enna
ME	Azienda sanitaria provinciale di Messina	Azienda unità sanitaria locale 5	Provincia di Messina
	Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte	A.O. Papardo A.O. Piemonte	Provincia di Palermo
PA	Azienda sanitaria provinciale di Palermo	Azienda unità sanitaria locale 6 (escluso P.O. Casa del Sole di Palermo) P.O. Villa delle Ginestre (ex A.O. Villa Sofia)	
	Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello	A.O.Villa Sofia (escluso P.O. Villa delle Ginestre) A.O. Vincenzo Cervello P.O. Casa del Sole (ex AUSL 6)	
RG	Azienda sanitaria provinciale di Ragusa	Azienda unità sanitaria locale 7 Azienda ospedaliera OMPA di Ragusa	Provincia di Ragusa
SR	Azienda sanitaria provinciale di Siracusa	Azienda unità sanitaria locale 8 Azienda ospedaliera Umberto I di Siracusa	Provincia di Siracusa
TP	Azienda sanitaria provinciale di Trapani	Azienda unità sanitaria locale 9 Azienda ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani	Provincia di Trapani
Aziende ospedaliere di rilievo nazionale e alta specializzazione			Ambito territoriale
CT	Azienda ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione Garibaldi		Regionale
PA	Azienda ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione Civico - Di Cristina - Benfratelli		Regionale
Aziende ospedaliere universitarie			Ambito territoriale
CT	Azienda ospedaliera universitaria G. Rodolico di Catania		Regionale
	Azienda ospedaliera universitaria V. Emanuele di Catania		
ME	Azienda ospedaliera universitaria G. Martino di Messina		Regionale
PA	Azienda ospedaliera universitaria Policlinico P. Giaccone di Palermo		Regionale

2. Le costituite Aziende sanitarie provinciali e Aziende ospedaliere subentrano nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze delle Aziende soppresse e succedono in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere nonché nel patrimonio già di titolarità delle soppresse Aziende, secondo le corrispondenze sopra stabilite. Analogo subentro e conseguente successione sono disposti per i presidi ospedalieri "Casa del Sole" appartenente alla AUSL n. 6 di Palermo, e "Villa delle Ginestre" appartenente all'A.O. Villa Sofia di Palermo, che sono assegnati con le loro dotazioni di

personale e di beni, rispettivamente alla Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello" di Palermo ed all'Azienda sanitaria provinciale di Palermo.

3. Con decreti del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera di Giunta, sono individuati i beni immobili da ricondurre al patrimonio delle costituite Aziende sanitarie provinciali e Aziende ospedaliere; tali decreti costituiscono titolo per la trascrizione nei pubblici registri che avviene in esenzione dalle previste imposte in conformità a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

4. I bilanci delle Aziende sanitarie provinciali e delle Aziende ospedaliere costituite ai sensi del presente articolo devono contenere contabilità separate per la gestione corrente della nuova Azienda e per la gestione riferita alle sopresse Aziende.

Art. 9.

Organizzazione delle Aziende del Servizio sanitario regionale

1. Le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende ospedaliere sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

2. Sono organi delle Aziende del Servizio sanitario regionale:

- a) il direttore generale che nomina un direttore amministrativo ed un direttore sanitario a norma dei commi 1quater e 1quinquies dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- b) il collegio sindacale.

3. L'organizzazione e il funzionamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale in conformità alle previsioni di cui alla legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni, sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato.

4. L'atto aziendale è adottato dal direttore generale sulla base degli indirizzi forniti dall'Assessore regionale per la sanità.

5. L'organizzazione delle Aziende di cui ai commi 1, 2 e 3 è modulata, anche attraverso specifici modelli gestionali, in rapporto ai bacini di utenza ed al numero delle sopresse Aziende di cui ciascuna costituita Azienda assume funzioni, attività e competenze.

6. Gli atti aziendali delle Aziende sanitarie provinciali di Catania, Messina e Palermo possono prevedere modelli organizzativi differenziati in ragione delle dimensioni del territorio di competenza e del numero di utenti assistiti.

7. I compensi dei direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali e delle Aziende ospedaliere, da corrispondere comunque entro il limite massimo previsto dalla vigente normativa, sono differenziati, sulla base di quanto determinato con apposita deliberazione della Giunta regionale, in ragione del rilievo, anche economico, delle singole Aziende e del relativo bacino di utenza.

8. In ogni Azienda del Servizio sanitario regionale è istituito, senza alcun onere economico aggiuntivo, un Comitato consultivo composto da utenti e operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento. Il Comitato consultivo esprime pareri non vincolanti e formula proposte al direttore generale in ordine agli atti di programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei Piani di educazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio sanitario regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari nazionale e regionale, redigendo ogni anno una relazione sull'attività dell'Azienda. Il Comitato formula altresì proposte su campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui requisiti e criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi medesimi. Collabora con l'Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.) presente in ogni Azienda per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dai cittadini.

9. Con apposito decreto, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Assessore regionale per la sanità disciplina le modalità di costituzione, funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti, articolazioni e composizione dei Comitati consultivi aziendali.

Art. 10.

Aziende sanitarie provinciali

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

Art. 11.

Distretti ospedalieri

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

2. In ciascuna Azienda sanitaria provinciale i distretti ospedalieri sono costituiti dall'aggregazione di uno o più presidi ospedalieri appartenenti alle soppresse Aziende unità sanitarie locali con le soppresse Aziende ospedaliere, nonché dalle aggregazioni degli altri presidi ospedalieri parimenti appartenenti alle soppresse Aziende unità sanitarie locali,

individuati dalla Tabella "A" che costituisce parte integrante della presente legge. I distretti ospedalieri così come costituiti, si integrano funzionalmente al loro interno e tra di loro per dare attuazione ai principi sanciti dall'articolo 2, comma 4, lettere c) e d). In funzione della prevista aggregazione ed integrazione il direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale, con atto motivato, può sottoporre all'approvazione dell'Assessore regionale per la sanità, l'unificazione o una diversa articolazione dei distretti ospedalieri.

3. Il Distretto ospedaliero:

- a) costituisce la struttura funzionale dell'Azienda sanitaria provinciale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni di ricovero e di quelle specialistiche ambulatoriali, intra ed extra-ospedaliere, erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali del distretto;
- b) assicura l'erogazione uniforme dell'attività ospedaliera sull'intero territorio di riferimento;
- c) favorisce l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee guida che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;
- d) riorganizza le attività ospedaliere in funzione delle modalità assistenziali, dell'intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero.

4. Ai distretti ospedalieri, come individuati nella Tabella "A", sono preposti un coordinatore sanitario ed un coordinatore amministrativo, nominati, con provvedimento motivato, dal direttore generale fra i dirigenti preposti a posizioni apicali rispettivamente dell'area sanitaria, e prioritariamente dell'area igienico-organizzativa, e dell'area amministrativa. Al coordinatore sanitario e al coordinatore amministrativo è attribuita un'apposita indennità di funzione entro i limiti massimi fissati in sede di contrattazione integrativa secondo i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro.

5. Il coordinatore sanitario e il coordinatore amministrativo godono, nei limiti delle risorse e degli obiettivi assegnati dal direttore generale, di autonomia organizzativa, operativa e deliberativa secondo le previsioni dell'atto aziendale.

6. Il coordinatore sanitario ed il coordinatore amministrativo del distretto ospedaliero sono posti alle dirette dipendenze della direzione dell'Azienda sanitaria provinciale di riferimento cui rispondono in relazione agli obiettivi ed alle risorse assegnate.

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

Art. 12.

Distretti sanitari

1. L'attività territoriale è erogata attraverso i distretti sanitari che fanno capo all'Area territoriale dell'Azienda sanitaria provinciale, alla quale sono preposti, secondo le disposizioni di cui ai commi 4, 5 e 6 dell'articolo 11, un coordinatore sanitario ed un coordinatore amministrativo. L'Area territoriale coordina i settori sanitari previsti dall'art. 7 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni.

2. I distretti sanitari, nel numero e nei relativi ambiti territoriali di competenza, sono individuati, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Regione su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale, acquisito il parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana. In ogni caso i nuovi distretti sanitari devono coincidere con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari.

3. Il distretto deve coincidere con l'ambito territoriale dell'intero comune o di quelli di più comuni con divieto di frammentazione territoriale. Nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina sono istituiti uno o più distretti sanitari fatte salve eventuali difformi previsioni da definirsi in sede di Piano sanitario regionale.

4. Con decreto del Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale, al fine di assicurare una migliore omogeneità dell'offerta sanitaria, tenuto conto dell'ubicazione dei presidi sanitari, delle infrastrutture di trasporto e della natura dei luoghi, può derogarsi, nella determinazione degli ambiti territoriali dei distretti e conseguentemente delle Aziende sanitarie provinciali, dai confini amministrativi delle province regionali interessate.

5. Il distretto sanitario costituisce l'articolazione dell'Azienda sanitaria provinciale all'interno della quale, in conformità alle previsioni di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e alla legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni, attraverso le strutture e i dipartimenti dalle stesse norme previsti, nonché attraverso i servizi ed i presidi territoriali di assistenza, sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione individuale o collettiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria della popolazione che, per le loro caratteristiche, devono essere garantite in maniera diffusa ed omogenea sul territorio.

6. Il distretto, in particolare, assicura la tutela della salute dei cittadini ed il governo del rapporto tra domanda ed offerta di servizi sanitari e sociali, e garantisce l'integrazione socio-sanitaria.

7. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità d'intesa con l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, da emanarsi, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono fissati gli indirizzi operativi finalizzati ad assicurare le opportune integrazioni fra servizi sanitari e servizi sociali con specifico riferimento agli interventi in favore di portatori di handicap, anziani, minori, famiglie e delle altre fasce deboli della popolazione.

8. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, l'Assessore regionale per la sanità emana le linee guida di

riorganizzazione dell'attività territoriale prevedendo l'istituzione dei Presidi territoriali di assistenza (P.T.A.) costituenti il punto di accesso alla rete territoriale, anche attraverso il Centro unico di prenotazione (C.U.P.), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di:

- a) cure primarie (accoglienza, servizi sanitari di base e specialistici);
- b) servizi socio-sanitari integrati con le prestazioni sociali, con funzioni di presa in carico, valutazione multidisciplinare e formulazione del piano personalizzato di assistenza, attraverso l'integrazione professionale di operatori appartenenti alle Aziende sanitarie provinciali e ai comuni, a favore di persone e famiglie con bisogni complessi;
- c) servizi a favore dei minori e delle famiglie con problemi socio-sanitari e sociali;
- d) servizi di salute mentale (SERT).

9. All'interno delle cure primarie dovranno in particolare prevedersi:

- a) le U.T.A.P. (Unità territoriali di assistenza primaria) con la funzione di continuità assistenziale (assistenza notturna e/o a chiamata) e supporto alla lunga assistenza;
- b) le cure domiciliari con diversa intensità;
- c) le prestazioni di diagnostica specialistica, con ambulatori attrezzati anche per la piccola chirurgia di emergenza;
- d) le attività degenziali di bassa e media complessità clinica da realizzarsi anche mediante la riduzione dei posti letto per acuti e la conversione in posti di Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A), cure riabilitative e presidi di lunga assistenza per patologie croniche, nonché posti semiresidenziali da adibire a centri diurni.

Art. 13.

Aziende ospedaliere

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

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

Art. 14.

Aziende ospedaliere-universitarie

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

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

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

Art. 15.

Servizi in rete

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

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

Titolo V

CONTROLLI E VALUTAZIONI

Art. 16.

Vigilanza, valutazione e controllo dell'attività delle Aziende del Servizio sanitario regionale

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

- a) l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- b) il bilancio d'esercizio;
- c) le dotazioni organiche complessive;

- d) i piani attuativi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a);
 - e) gli atti di programmazione locale definiti a livello di bacino di cui ai commi 8 e 9 dell'articolo 5.
2. Il controllo sugli atti di cui al comma 1, lettere a), d) ed e) concerne esclusivamente la verifica della conformità degli stessi alla programmazione sanitaria nazionale e regionale.
3. Gli atti di cui al comma 1, adottati dalle Aziende di cui al comma 1 dell'articolo 8, sono trasmessi entro 15 giorni dalla loro adozione all'Assessorato regionale della sanità per il previsto controllo da esercitarsi entro sessanta giorni dal loro ricevimento.
4. Il termine per l'esercizio del controllo pu= essere sospeso per una sola volta se, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto, l'Assessorato regionale della sanità richiede, all'Azienda deliberante, chiarimenti o elementi integrativi di valutazione e giudizio.
5. La mancata pronuncia da parte dell'Assessorato entro il termine di cui al comma 3 rende gli atti di cui al comma 1 automaticamente efficaci.
6. L'Assessore regionale per la sanità, inoltre:
- a) verifica, attraverso la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 5, comma 7, la corrispondenza dei risultati raggiunti dalle Aziende del Servizio sanitario regionale con quelli attesi individuati negli atti di programmazione locale di cui all'articolo 5;
 - b) adotta le procedure e le modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali;
 - c) assicura il controllo, anche attraverso verifiche trimestrali effettuate dal dipartimento regionale per la pianificazione strategica, sui risultati conseguiti dai direttori generali in relazione agli obiettivi programmatici assegnati;
 - d) procede, in base alle risultanze delle verifiche di cui alla lettera c) e per il tramite dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, alla valutazione delle attività dei direttori generali assumendo le conseguenti determinazioni sulla base delle vigenti disposizioni di legge.
7. Per le attività di valutazione di cui al comma 6, lettera d), l'Assessore regionale per la sanità pu= altresì avvalersi di un'agenzia esterna indipendente, qualificata nel settore, da individuarsi mediante gara ad evidenza pubblica.
8. L'Assessore regionale per la sanità esercita inoltre le funzioni di cui al presente articolo, in quanto compatibili, nei confronti del Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del Servizio sanitario e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia.

Art. 17.

Consulta regionale della sanità

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

Art. 18.

Sistema dei controlli

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

4. Le disposizioni di cui al comma 3 si applicano anche alle strutture private accreditate.
5. Ferma restando la trasmissione continuativa per via telematica dei flussi di dati e delle informazioni, richiesti dalla vigente normativa, i direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale trasmettono all'Assessorato regionale della sanità, unitamente alla relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 5, le risultanze delle verifiche e dei controlli di cui al comma 3.
6. L'Assessorato elabora le informazioni raccolte e formula proposte di intervento in ordine alle criticità rilevate prescrivendo le conseguenti azioni di intervento; svolge altresì funzioni istruttorie ed ispettive.
7. I nuclei di valutazione delle Aziende del servizio sanitario regionale sono composti da tre membri. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità è stabilita la misura massima dei compensi, comunque non superiori a quelli attualmente previsti, per i componenti dei nuclei di valutazione. Non può ricoprire l'incarico di componente dei nuclei di valutazione chi non sia in possesso di diploma di laurea.

Art. 19.

Nomina e valutazione dei direttori generali

1. I direttori generali delle Aziende di cui al comma 1 dell'articolo 8 sono nominati per un periodo di tre anni, rinnovabile nella stessa Azienda una sola volta per la stessa durata. Ai fini della loro nomina, l'Assessore regionale per la sanità opera fra gli aspiranti aventi titolo una analitica ricognizione delle condizioni e dei requisiti richiamati dagli articoli 3 e 3bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni ed effettivamente posseduti, da rendere accessibile attraverso pubblicazione sul sito web della Regione. In particolare, è accertata la coerenza fra i requisiti posseduti e le funzioni da svolgere anche in riferimento al possesso del diploma di laurea, al possesso di qualificata esperienza professionale di direzione tecnica ed amministrativa svolta in piena aderenza con i limiti temporali indicati e con le modalità previste, la reale corrispondenza delle strutture dirette con la tipologia richiesta per le strutture da dirigere.
2. Ferme restando le cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, la carica di direttore generale di una Azienda è incompatibile con qualsiasi altro ruolo esercitato in strutture pubbliche del Servizio sanitario regionale, soggette alla competenza dell'Azienda medesima o di altre Aziende del Servizio sanitario regionale.
3. L'operato dei direttori generali, sanitari ed amministrativi delle Aziende del Servizio sanitario regionale è monitorato e valutato durante l'espletamento del mandato e a conclusione di esso, secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 502/1992, e successive modifiche ed integrazioni e dalle norme vigenti nel territorio della Regione. A tal fine, l'Assessorato regionale della sanità adotta un sistema di valutazione specifico delle attività delle Aziende del Servizio sanitario regionale, finalizzato ad obiettivi di salute, sostenibilità finanziaria, qualità, appropriatezza, efficienza ed equità d'accesso alle prestazioni erogate, basato sull'analisi di indicatori multidimensionali di performance.
4. Non sono riconfermati nella loro carica i direttori generali che non siano stati oggetto di valutazione positiva ai sensi di quanto previsto al comma 3.

Art. 20.

Interventi sostitutivi e sanzioni a carico del direttore generale

1. Qualora gli organi delle Aziende del Servizio sanitario regionale omettano di compiere un atto obbligatorio per legge, l'Assessore regionale per la sanità, previa diffida con assegnazione di un termine per provvedere, nomina un commissario ad acta.
2. In caso di vacanza dell'ufficio per morte, dimissioni, decadenza, temporanea assenza o temporaneo impedimento del direttore generale, le relative funzioni, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla dichiarazione di decadenza del direttore generale in carica e alla sua sostituzione; nelle more della sostituzione può essere nominato un commissario straordinario in possesso dei requisiti di cui al comma 3.
3. Fermo restando quanto previsto al comma 2, in caso di vacanza dell'ufficio per morte, dimissioni o decadenza del direttore generale dell'Azienda del Servizio sanitario regionale, nelle more della nomina da parte del Presidente della Regione del nuovo direttore generale, al fine di garantire la continuità gestionale della medesima Azienda, l'Assessore regionale per la sanità nomina un commissario straordinario in possesso dei medesimi requisiti richiesti per l'iscrizione nell'elenco dei soggetti aspiranti alla nomina di direttore generale delle Aziende del Servizio sanitario regionale.
4. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro e di riqualificazione del Servizio sanitario regionale e dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, nonché delle disposizioni di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e all'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comporta la decadenza automatica del direttore generale delle Aziende del Servizio sanitario regionale, dichiarata dal Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità.
5. Non possono essere nominati direttori generali coloro che nel corso del triennio 2006-2007-2008 non abbiano raggiunto gli obiettivi di equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate.
6. Quando ricorrano gravi motivi o la reiterata omissione di atti obbligatori per legge o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, nonché nel caso di mancato rispetto degli atti di programmazione sanitaria o di mancato

raggiungimento degli obiettivi assegnati, il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, previo parere consultivo della Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana "Servizi sociali e sanitari" e della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, dispone la decadenza del direttore generale.

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

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

Art. 21.

Divieto di esternalizzazione di funzioni

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

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

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

Art. 22.

Riduzione dei tempi d'attesa

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

Titolo VI

ALTRE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

Art. 23.

Fondazioni-Centri di eccellenza

1. Il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, formula ai propri rappresentanti in seno agli organi delle Fondazioni "Gesualdo Clementi" di Catania, "Saverio D'Aquino" di Messina e "Michele Gerbasi" di Palermo, costituite ai sensi dell'articolo 76 della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4, direttive per l'avvio delle procedure finalizzate allo scioglimento delle medesime Fondazioni secondo le norme di legge e le previsioni dei relativi statuti.

2. Il Centro di eccellenza oncologico di cui alla Fondazione "Saverio D'Aquino" di Messina in ogni caso deve essere attivato nella città di Messina.

3. Nel Piano sanitario regionale sono individuati i soggetti cui affidare le funzioni già attribuite alle Fondazioni di cui al comma 1.

Art. 24.

Rete dell'emergenza-urgenza sanitaria

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

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

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

2. Il sistema di emergenza-urgenza:

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

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

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

d) si raccorda con la Protezione civile;

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

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

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

corrispondenti a quelle già esistenti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 25.

Erogazione di attività da parte di strutture private

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

- a) dei vincoli e dei principi dettati dalla normativa vigente con particolare riferimento alle materie di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale, di accordi contrattuali e di remunerazione degli erogatori privati secondo la tipologia delle strutture e la qualità delle prestazioni erogate;
- b) dei vincoli derivanti dalla programmazione economico-finanziaria del Servizio sanitario regionale;
- c) degli esiti delle verifiche di qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate;
- d) dei vincoli derivanti dalla determinazione regionale del fabbisogno sanitario;
- e) degli standard occupazionali relativi al personale tecnico, infermieristico e medico in organico, degli obblighi contrattuali in materia di lavoro e del rispetto dell'obbligo formativo Educazione Continua in Medicina (ECM);
- f) dei meccanismi di remunerazione non inferiore al 75 per cento degli importi riconosciuti in sede di compensazione per la mobilità infraregionale al di fuori dell'aggregato complessivo regionale in favore delle strutture che erogano prestazioni certificate di mobilità attiva extraregionale, solo a seguito dell'effettiva erogazione delle relative risorse.

2. Le prestazioni di ricovero sia in regime ordinario che in regime giornaliero, quelle specialistiche, ambulatoriali, domiciliari e residenziali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e la medicina fisica e riabilitativa,

sono erogate, in conformità alle vigenti disposizioni normative, oltreché dalle strutture pubbliche, anche da quelle private accreditate titolari di accordi contrattuali alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. L'Assessore regionale per la sanità, ai sensi degli articoli 8quater e 8quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, previo confronto con le rispettive associazioni di categoria maggiormente rappresentative, determina annualmente, in base alle risorse disponibili ed al fabbisogno rilevato sulla base dei dati epidemiologici dell'anno precedente, il tetto di spesa regionale per la ospedalità privata e per la specialistica ambulatoriale, nonché per le prestazioni di nefrologia ed emodialisi.

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

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

Art. 26.

Semplificazioni amministrativa e normativa

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

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

Art. 27.

Organizzazione della Rete regionale dei Registri tumori

1. E' istituita la Rete siciliana territoriale della registrazione dei tumori.

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

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

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

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

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

Art. 28.

Assistenza sanitaria a cittadini extracomunitari

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

Art. 29.

Proroga di graduatorie

1. La validità delle graduatorie dei concorsi espletati dalle Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali in scadenza nel biennio 2009-2010 è prorogata al 31 dicembre 2010. Le nuove Aziende istituite ai sensi della presente legge possono, ove necessario, attingere alle predette graduatorie dei concorsi espletati dalle Aziende cui subentrano.

Art. 30.

Minori affidati dall'autorità giudiziaria

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

2. Per i minori affidati alle case famiglia e comunità alloggio a seguito di provvedimenti del Tribunale dei minori non si applicano le misure del pagamento del ticket.

Art. 31.

Risparmio energetico

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

Art. 32.

Abrogazione e modifiche di norme

1. Sono abrogate tutte le norme in contrasto con la presente legge.

2. Al comma 5 dell'articolo 3 della legge regionale 4 dicembre 2008, n. 18, sostituire le parole "d'intesa con" con la parola "sentito".

3. Al comma 10 dell'articolo 1 della legge regionale 29 dicembre 2008, n. 25, dopo le parole "Le disposizioni del presente comma non si applicano alle Aziende unità sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere" sono aggiunte "e agli enti del settore (C.E.F.P.A.S.) per i quali continuano ad applicarsi le vigenti norme nazionali in materia".

Art. 33.

Norma transitoria

1. I direttori generali, i direttori sanitari e amministrativi e i collegi sindacali delle Aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge decadono dal momento in cui le costituite Aziende sanitarie provinciali ed Aziende ospedaliere di cui all'articolo 8 diventano operative.

2. Le Aziende sanitarie provinciali e le Aziende ospedaliere di nuova istituzione diventano operative alla data del 1° settembre 2009 previa emanazione del decreto di nomina dei relativi direttori generali da adottarsi da parte del Presidente della Regione, a seguito di delibera della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità. Con il medesimo decreto si provvederà altresì alla nomina dei direttori generali delle Aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione e delle Aziende ospedaliere universitarie. Alla stessa data del 1° settembre 2009 le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge, così come indicate nell'articolo 8, sono soppresse e cessano dalle loro funzioni. Alla medesima data cessano altresì dalle rispettive funzioni i direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale in carica alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 34.

Entrata in vigore

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

Palermo, 14 aprile 2009.

LOMBARDO

RUSSO

Assessore regionale per la sanità

[Cliccare qui per visualizzare la tabella in formato PDF](#)

Avvertenza:

Il testo delle note di seguito pubblicate è stato redatto ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi trascritti, secondo le relative fonti. Le modifiche sono evidenziate in corsivo.

Note all'art. 1, comma 1:

- Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, reca: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
- Il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, reca: "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419", ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 12 gennaio 2000, n. 8, S.O.

Note all'art. 2, comma 3, lett. f):

- La legge 8 novembre 2000, n. 328, reca: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ed è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 13 novembre 2000, n. 265, S.O.

- L'art. 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, recante: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", così dispone:

"Tipologia delle prestazioni. - 1. L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

2. Le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.

3. Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- a) funzioni psicofisiche;
- b) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;
- c) modalità di partecipazione alla vita sociale;
- d) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

4. L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- c) la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

5. La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato".

Nota all'art. 3, comma 2:

La legge regionale 9 ottobre 2008, n. 10, reca: "Istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale", ed è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 17 ottobre 2008, n. 48.

Nota all'art. 4, comma 1:

Per il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, vedi Nota all'art. 1, comma 1.

Nota all'art. 5, comma 3:

Per il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vedi Nota all'art. 1, comma 1.

Nota all'art. 6, comma 3:

L'art. 1 della legge regionale 6 febbraio 2006, n. 10, recante: "Riproposizione di norme nel settore sanitario ed in materia di personale. Istituto regionale dell'olivo e dell'olio", così dispone:

"Interventi nel settore sanitario. - 1. (Comma omissivo in quanto impugnato dal Commissario dello Stato ai sensi dell'art. 28 dello Statuto).

2. Fermi restando i vincoli di cui al patto di stabilità relativo all'intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla spesa sanitaria, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza nel territorio, l'Assessore regionale per la sanità, nel rispetto delle disposizioni finanziarie vigenti in materia di dotazioni organiche e nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, può autorizzare le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere ed i policlinici universitari a procedere alle assunzioni di unità di personale del servizio sanitario nazionale secondo criteri e priorità che sono preventivamente fissati dallo stesso, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, tenuto conto delle effettive esigenze di ciascuna azienda e dei concorsi espletati. Agli oneri di cui al presente comma, valutati, per ciascuno degli esercizi finanziari 2006, 2007 e 2008, in 6.000 migliaia di euro, da porre a carico dell'integrazione regionale di cui all'articolo 6, comma 5, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19 (UPB 10.2.1.3.1, capitolo

413340), si provvede, nell'esercizio finanziario 2006, con parte delle disponibilità dell'UPB 4.2.1.5.2. capitolo 215704, accantonamento 1001 del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario medesimo; per gli esercizi finanziari successivi gli oneri trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2006-2008, UPB 4.2.1.5.2, accantonamento 1001.

3. Fermi restando i vincoli di cui al patto di stabilità relativo all'intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla spesa sanitaria e le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 6, della legge regionale 5 novembre 2004, n. 15, l'Assessore regionale per la sanità, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, può altresì autorizzare l'attivazione di nuove unità operative complesse ad elevata assistenza ricomprese nell'allegato A "Alta specialità" del Dec. Ass. 27 maggio 2003 "Piano di rimodulazione della rete ospedaliera", oltreché nuove unità operative complesse in discipline oncologiche nei presidi ospedalieri e nelle aziende ospedaliere ricadenti nelle zone classificate ad alto rischio ambientale. Agli oneri di cui al presente comma, valutati, per ciascuno degli esercizi finanziari 2006, 2007 e 2008, in 24.000 migliaia di euro, da porre a carico dell'integrazione regionale di cui all'articolo 6, comma 5, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19 (UPB 10.2.1.3.1, capitolo 413340), si provvede, nel finanziario 2006, con parte delle disponibilità dell'UPB 4.2.1.5.2, capitolo 215704, accantonamento 1001 del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario medesimo; per gli esercizi finanziari successivi gli oneri trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2006-2008, UPB 4.2.1.5.2, accantonamento 1001".

Nota all'art. 7, comma 3:

L'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", così dispone:

"Alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, provvede, con proprio decreto, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Entro il 30 marzo 2005, con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si procede alla ricognizione e all'eventuale aggiornamento delle tariffe massime, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale. Con cadenza triennale a far data dall'emanazione del decreto di ricognizione ed eventuale aggiornamento delle tariffe massime di cui al precedente periodo, e comunque, in sede di prima applicazione, non oltre il 31 dicembre 2008, si procede all'aggiornamento delle tariffe massime, anche attraverso la valutazione comparativa dei tariffari regionali, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate. Con la medesima cadenza di cui al quarto periodo, le tariffe massime per le prestazioni di assistenza termale sono definite dall'accordo stipulato ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323. Per la revisione delle tariffe massime per le predette prestazioni di assistenza termale è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010. Al relativo onere, pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute".

Nota all'art. 8, comma 3:

L'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così dispone:

"*Patrimonio e contabilità.* - 1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

3. Le leggi e i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano a oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale

relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;

f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali e annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468 e all'articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1^o gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa".

Nota all'art. 9, comma 2, lett. a):

L'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così dispone:

"Organizzazione delle unità sanitarie locali. - 1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. [Abrogato].

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinques. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

2. [Abrogato].

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. [Abrogato].

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

a) [abrogata];

b) [abrogata];

c) [abrogata];

d) [abrogata];

e) [abrogata];

f) [abrogata];

i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle

g) aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei

direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

7. Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. [Abrogato].

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.

10. [Abrogato].

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, legge 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

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

13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza,

dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale".

Nota all'art. 9, comma 3:

La legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, reca: "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali", ed è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 8 novembre 1993, n. 54.

Nota all'art. 12, comma 1:

L'art. 7 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, recante: "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali", così dispone:

"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;
- 4) assistenza ospedaliera pubblica e privata;
- 5) salute mentale e tossicodipendenze;
- 6) sanità pubblica veterinaria.

5. Il settore è diretto da un dirigente di II livello dirigenziale in possesso di laurea in materia afferente alla specificità del settore, gerarchicamente subordinato al direttore amministrativo o al direttore sanitario, e che ad esso risponde dell'attività cui è preposto. Il dirigente del settore sarà individuato dal direttore generale tra i responsabili dei servizi appartenenti al settore, tenendo conto della anzianità di servizio nel ruolo e delle capacità professionali. La funzione ha durata triennale ed è rinnovabile previa verifica dei risultati ottenuti.

6. Il settore assicura il raccordo, la integrazione e il razionale svolgimento delle diverse funzioni di sua spettanza su base dipartimentale.

7. Il piano sanitario regionale individua:

- a) le competenze dei settori tenuto conto anche della classificazione contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992 e le modalità di funzionamento degli stessi anche in relazione alle dotazioni organiche;
- b) la loro articolazione ed organizzazione in servizi, ivi compresi i servizi sociale e infermieristico per la promozione e la valutazione dei servizi e delle prestazioni incluso il coordinamento e il monitoraggio delle medesime. Ciascun servizio si articolerà in moduli organizzativi secondo il contratto nazionale di lavoro;
- 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 ospedaliera e territoriale dei servizi di tutela della salute mentale, che dovranno mantenere organizzazione e direzione unitarie".

Note all'art. 12, comma 5:

Per il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vedi Nota all'art. 1, comma 1.

Per la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, vedi Nota all'art. 9, comma 3.

Nota all'art. 14, commi 1 e 2:

Per il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, vedi Nota all'art. 1, comma 1.

Nota all'art. 16, comma 1, lett. a):

Per l'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vedi Nota all'art. 9, comma 2.

Note all'art. 19, comma 1 e art. 20, comma 2:

- Per l'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vedi Nota all'art. 9, comma 2.

- L'art. 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così dispone:

"Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario. - 1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione

del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi".

Note all'art. 20, comma 4:

- L'intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, stipulata ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 7 maggio 2005, n. 105, S.O.

- L'art. 52 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", così dispone:

"Razionalizzazione della spesa sanitaria. - 1. A decorrere dal 1° gennaio 2003, i cittadini che usufruiscono delle cure termali, con esclusione dei soggetti individuati dall'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, dei soggetti individuati dal regolamento di cui al D.M. 28 maggio 1999, n. 329 del Ministro della sanità, degli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al 100 per cento e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti a partecipare alla spesa per un importo di 50 euro.

2. A decorrere dal 1° gennaio 2004, nell'ambito degli accordi di cui all'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323, sarà fissata la misura dell'importo massimo di partecipazione alla spesa per cure termali di cui all'articolo 8, comma 15, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, qualora le previsioni di spesa definite nell'ambito degli stessi accordi rendano necessaria l'adozione di misure di contenimento della spesa predetta.

3. Al fine di consentire il pieno ed effettivo rilancio del settore termale, il Governo, anche nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, assicura la compiuta attuazione delle disposizioni contenute nella legge 24 ottobre 2000, n. 323.

4. Tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005, sono ricompresi anche i seguenti:

a) l'attivazione nel proprio territorio del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388; la relativa verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

b) l'adozione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo 22 novembre 2001 tra Governo, regioni e province autonome, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 23 gennaio 2002; la relativa verifica avviene secondo modalità definite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

c) l'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di

attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le regioni predispongono una relazione, da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e i risultati raggiunti;

d) l'adozione di provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera c), del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome.

5. Il comma 3 dell'articolo 85 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, è abrogato.

6. Al secondo periodo del comma 40 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, le parole: "e al 12,5 per cento" sono sostituite dalle seguenti: ", al 12,5 per cento" e le parole: "pari o superiore a lire 200.000" sono sostituite dalle seguenti: tra euro 103,29 e euro 154,94 e al 19 per cento per le specialità medicinali il cui prezzo di vendita al pubblico è superiore a euro 154,94. Il Ministero della salute, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private, sottopone a revisione annuale gli intervalli di prezzo e i limiti di fatturato, di cui al presente comma".

7. Il secondo periodo del comma 41 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è soppresso.

Conseguentemente, sono rideterminati i prezzi dei medicinali stabiliti in base alla Del. CIPE 1Y febbraio 2001, n. 3/2001, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 73 del 28 marzo 2001.

8. La riduzione del prezzo delle specialità medicinali di cui al decreto del Ministro della salute 27 settembre 2002, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 249 del 23 ottobre 2002, è rideterminata nella misura massima del 20 per cento.

9. Anche al fine di potenziare il processo di attivazione del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, di cui al comma 4, lettera a), di contenere la spesa sanitaria, nonché di accelerare l'informatizzazione del sistema sanitario e dei relativi rapporti con i cittadini e le pubbliche amministrazioni e gli incaricati dei pubblici servizi, il Ministro per l'innovazione e le tecnologie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute, il Ministro dell'interno, e sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con propri decreti di natura non regolamentare stabilisce le modalità per l'assorbimento, in via sperimentale e senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato, della tessera recante il codice fiscale nella carta nazionale dei servizi e per la progressiva utilizzazione della carta medesima ai fini sopra descritti.

10. All'articolo 3 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, al comma 3, le parole: "l'anno 2002" sono sostituite dalle seguenti: "gli anni 2002 e 2003"; al comma 4, le parole: "l'esercizio 2002" sono sostituite dalle seguenti: "gli esercizi 2002 e 2003".

11. Dalla data di entrata in vigore del decreto di riclassificazione dei medicinali adottato ai sensi dell'articolo 9, commi 2 e 3, del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 2002, n. 178, e comunque entro e non oltre il 16 gennaio 2003 la riduzione di cui al comma 1 dell'articolo 3 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, è rideterminata nella misura del 7 per cento.

12. Il termine del 31 dicembre 2003 previsto dall'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 185, come modificato dall'articolo 2, comma 2, della legge 8 ottobre 1997, n. 347, dall'articolo 5, comma 2, della legge 14 ottobre 1999, n. 362, e dall'articolo 85, comma 32, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è prorogato al 31 dicembre 2008.

13. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le imprese produttrici devono versare, a favore del Ministero della salute, per ogni medicinale omeopatico per il quale sia stato già corrisposto il contributo di lire 40.000 previsto dall'articolo 85, comma 34, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, la somma di euro 25 a titolo di acconto sulle tariffe dovute in sede di primo rinnovo delle autorizzazioni ai sensi dell'allegato 2, lettera A), annesso al D.M. 22 dicembre 1997 del Ministro della sanità, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 33 del 10 febbraio 1998.

14. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, a ciascuno dei medicinali omeopatici di cui al comma 13 sarà attribuito, da parte del Ministero della salute, un numero provvisorio di registrazione.

15. A tutti i medicinali omeopatici per i quali le aziende produttrici hanno versato la somma di lire 40.000, ai sensi dell'articolo 85, comma 34, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è consentita la notifica di variazioni limitatamente ai seguenti casi:

a) variazioni del confezionamento primario;

b) quantità del contenuto;

c) variazione di una o più diluizioni del o dei materiali di partenza purché la nuova diluizione sia più alta della precedente;

d) sostituzione di un componente con uno analogo;

- e) eliminazione di uno o più componenti;
- f) variazione del titolare dell'autorizzazione alla commercializzazione;
- g) variazione del nome commerciale;
- h) variazione del sito di produzione;
- i) variazione del produttore.

16. Il richiedente deve allegare, per ogni variazione notificata, la ricevuta dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista dal citato D.M. 22 dicembre 1997 del Ministro della sanità. La variazione si intende accordata trascorsi novanta giorni dalla data di notifica.

17. Ai medicinali omeopatici non si applicano le disposizioni previste dall'articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540, introdotto dal comma 1 dell'articolo 40 della legge 1^o marzo 2002, n. 39.

18. Per il solo anno 2002 sono posti a carico dello Stato, in via aggiuntiva rispetto a quanto stabilito dall'Accordo 8 agosto 2001 tra Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 207 del 6 settembre 2001, l'importo di 165 milioni di euro a compensazione della minore somma definita a titolo di entrate proprie e l'importo di 50 milioni di euro per il finanziamento dell'ospedale "Bambino Gesù" di Roma.

19. Alle imprese farmaceutiche titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali, è consentito organizzare o contribuire a realizzare mediante finanziamenti anche indiretti in Italia o all'estero per gli anni 2004, 2005 e 2006 congressi, convegni o riunioni ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541, e successive modificazioni, nella misura massima del 50 per cento di quelli notificati al Ministro della salute nell'anno 2003 o autorizzati ai sensi del comma 7 del citato articolo. Non concorrono al raggiungimento della percentuale di cui al periodo precedente gli eventi espressamente autorizzati dalla Commissione nazionale per la formazione continua di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

20. A decorrere dal 1^o gennaio 2003 l'importo del reddito annuo netto indicato all'articolo 1, comma 1, lettera d), della legge 27 ottobre 1993, n. 433, è elevato a 10.717 euro. L'importo suddetto pu= essere elevato ogni due anni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sulla base della variazione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati calcolato dall'ISTAT.

21. Al fine di potenziare le attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici, è assegnato al Centro nazionale di adroterapia oncologica (CNAO) l'importo di 5 milioni di euro per l'anno 2003 e di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2004 e 2005 per la realizzazione di un centro nazionale di adroterapia oncologica integrato con strutture di ricerca e sviluppo di tecnologie utilizzanti fasci di particelle ad alta energia.

22. Al comma 37 dell'articolo 52 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) nel primo periodo, dopo le parole: "di alta formazione", sono inserite le seguenti: "di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 287,";

b) nel secondo periodo, dopo le parole: "credito di imposta", sono inserite le seguenti: ", riconosciuto automaticamente secondo l'ordine cronologico dei relativi atti di convenzionamento, e subordinatamente di quelli di presentazione delle relative domande da presentare entro il 31 marzo di ciascun anno al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento per le politiche fiscali, è assegnato nel limite massimo di 1 milione di euro per ciascun istituto richiedente,";

c) nel terzo periodo, le parole: "sono individuati annualmente gli istituti" sono sostituite dalle seguenti: "sono individuate annualmente le categorie degli istituti" e le parole: "e la misura massima dello stesso" sono soppresse.

23. La lettera e) dell'articolo 2 della legge 7 luglio 1901, n. 306, e successive modificazioni, è sostituita dalla seguente: "e) il contributo obbligatorio di tutti i sanitari iscritti agli ordini professionali italiani dei farmacisti, medici chirurghi, odontoiatri e veterinari, nella misura stabilita dal consiglio di amministrazione della fondazione, che ne fissa misura e modalità di versamento con regolamenti soggetti ad approvazione dei ministeri vigilanti ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509".

24. All'articolo 29 della legge 18 febbraio 1999, n. 28, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 3 è abrogato;

b) al comma 4, primo periodo, le parole da: "è autorizzato" fino a: "per l'anno 1999 e" sono sostituite dalle seguenti: "pu= assumere, secondo un piano approvato dal Ministro dell'economia e delle finanze, impegni pluriennali corrispondenti alle rate di ammortamento dei mutui contratti dai fornitori, nei limiti di impegno ventennali";

c) al comma 4, dopo il primo periodo, è inserito il seguente:

"Le rate di ammortamento dei mutui contratti dai fornitori sono corrisposte dal Corpo della Guardia di finanza direttamente agli istituti bancari mutuanti, salvo il caso di autofinanziamento".

25. Gli ulteriori adeguamenti al prezzo medio europeo da effettuarsi secondo criteri e modalità stabilite dal CIPE, sulla base dei dati di vendita e dei prezzi nell'anno 2001 nei paesi dell'Unione europea, avranno effetto a partire dal 1^o luglio 2003. Fino a tale data è comunque sospeso il processo di riallineamento al prezzo medio europeo calcolato secondo i criteri di cui alla deliberazione del CIPE n. 10 del 26 febbraio 1998, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 89 del 17 aprile 1998.

26. Il termine di cui al comma 25 è ulteriormente prorogato nel caso in cui l'incidenza della spesa per l'assistenza farmaceutica risulti eccedere il tetto programmato previsto dall'articolo 5 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

27. L'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è sostituito dal seguente:

"9. E' istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il

Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine è autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003".

L'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", così dispone:

"L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 208 del 7 settembre 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi:

- a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;
- b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare;
- c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;
- d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale;
- e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi;
- f) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale".

Nota all'art. 21, comma 2:

L'art. 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante: "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", così dispone:

"*Gestione delle risorse umane.* - 1. Le amministrazioni pubbliche garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro.

2. Le amministrazioni pubbliche garantiscono la libertà di insegnamento e l'autonomia professionale nello svolgimento dell'attività didattica, scientifica e di ricerca.

3. Le amministrazioni pubbliche individuano criteri certi di priorità nell'impiego flessibile del personale, purché compatibile con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, a favore dei dipendenti in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare e dei dipendenti impegnati in attività di volontariato ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266.

4. Le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali, garantendo altresì l'adeguamento dei programmi formativi, al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della pubblica amministrazione.

5. Le amministrazioni pubbliche non possono erogare trattamenti economici accessori che non corrispondano alle prestazioni effettivamente rese.

6. Per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, le amministrazioni pubbliche possono conferire incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, in presenza dei seguenti presupposti di legittimità:

- a) l'oggetto della prestazione deve corrispondere alle competenze attribuite dall'ordinamento all'amministrazione conferente, ad obiettivi e progetti specifici e determinati e deve risultare coerente con le esigenze di funzionalità dell'amministrazione conferente;
- b) l'amministrazione deve avere preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili al suo interno;
- c) la prestazione deve essere di natura temporanea e altamente qualificata;

d) devono essere preventivamente determinati durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione.

Si prescinde dal requisito della comprovata specializzazione universitaria in caso di stipulazione di contratti d'opera per attività che debbano essere svolte da professionisti iscritti in ordini o albi o con soggetti che operino nel campo dell'arte, dello spettacolo o dei mestieri artigianali, ferma restando la necessità di accertare la maturata esperienza nel settore.

Il ricorso a contratti di collaborazione coordinata e continuativa per lo svolgimento di funzioni ordinarie o l'utilizzo dei collaboratori come lavoratori subordinati è causa di responsabilità amministrativa per il dirigente che ha stipulato i contratti. Il secondo periodo dell'articolo 1, comma 9, del decreto-legge 12 luglio 2004, n. 168, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2004, n. 191, è soppresso.

6-bis. Le amministrazioni pubbliche disciplinano e rendono pubbliche, secondo i propri ordinamenti, procedure comparative per il conferimento degli incarichi di collaborazione (14).

6-ter. I regolamenti di cui all'articolo 110, comma 6, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, si adeguano ai principi di cui al comma 6.

6-quater. Le disposizioni di cui ai commi 6, 6-bis e 6-ter non si applicano ai componenti degli organismi di controllo interno e dei nuclei di valutazione, nonché degli organismi operanti per le finalità di cui all'articolo 1, comma 5, della legge 17 maggio 1999, n. 144".

Nota all'art. 23, comma 1:

L'articolo 76 della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4, recante: "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2003", così dispone:

"Uffici dei Project manager. - 1. E' istituito nel bilancio della Regione siciliana, rubrica sanità, Fondo sanitario regionale, per l'anno 2003 un Fondo con la dotazione finanziaria di 1.500 migliaia di euro.

2. Il Fondo è destinato alle spese per l'anno 2003 relative all'avvio ed al funzionamento degli Uffici dei Project manager finalizzati all'istruzione delle Fondazioni e definizione dei Progetti gestionali dei Centri di Eccellenza di Catania, Messina e Palermo, nonché alla copertura degli oneri relativi ai contratti con i soggetti incaricati.

Relativamente al rapporto contrattuale si fa riferimento alla tipologia contrattuale prevista per i direttori generali di aziende sanitarie con quantificazione del compenso parametro a quello previsto per i direttori di aziende sanitarie di fascia B.

3. Il rapporto di lavoro dei Project manager è regolato dal contratto di diritto privato, stipulato dall'Assessore regionale per la sanità e disciplinato ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni. Il Project manager per le finalità di cui al presente comma si avvale della collaborazione di consulenti esterni, nonché di personale e di mezzi messi a disposizione dai membri pubblici o privati della Fondazione.

4. L'Azienda ospedaliera ARNAS Civico di Palermo, l'Azienda ospedaliera Vittorio Emanuele di Catania, l'Azienda ospedaliera Papardo di Messina, incaricate di realizzare le strutture dei Centri di Eccellenza, mettono a disposizione dell'ufficio dei Project manager idonei locali, mezzi tecnologici, personale qualificato e quanto altro necessario per il suo funzionamento.

5. All'onere di cui al presente articolo si provvede con parte delle disponibilità del Fondo sanitario regionale.

6. Dalla data di scadenza dei contratti di cui al comma 2, gli eventuali oneri gravano sul bilancio delle relative fondazioni. I beni mobili ed immobili, le relative pertinenze e le attrezzature destinate al funzionamento dei centri di eccellenza (ortopedico di Catania, oncologico di Messina e materno infantile di Palermo), sono trasferiti nella piena disponibilità delle fondazioni istituite allo scopo, dopo il collaudo dei lavori di realizzazione, mantenendo il vincolo assoluto di destinazione. Nell'ipotesi di scioglimento della fondazione, per qualsiasi causa, gli stessi rientrano nella piena disponibilità patrimoniale degli enti che li hanno conferiti".

Nota all'art. 25, commi 3 e 4:

Gli articoli 8 quater e 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così, rispettivamente, dispongono:

"8-quater. Accredimento istituzionale. - 1. L'accredimento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accredimento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accredimento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accredimento dei professionisti, la

Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure e i termini per l'accREDITAMENTO delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accREDITAMENTO e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accREDITAMENTO professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accREDITAMENTO di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accREDITAMENTO, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accREDITAMENTO dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accREDITAMENTO delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accREDITAMENTO da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accREDITAMENTO può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accREDITAMENTO temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli

indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative".

"8-quinquies *Accordi contrattuali*. - 1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;
- d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

2-bis. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-ter, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia.

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis).

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale

interessati è sospeso".

Nota all'art. 27, commi 3 e 4:

L'art. 24 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, recante: "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2007", così dispone:

"Razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria. - 1. L'Assessore regionale per la sanità determina e attribuisce, entro il mese di marzo, alle aziende unità sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie, al Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del servizio sanitario (CEFPAS) e all'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia, le risorse per l'anno 2007, necessarie per rispettare le strategie e gli obiettivi previsti nel piano di risanamento del sistema sanitario regionale per il triennio 2007-2009, previa negoziazione con i rispettivi direttori generali, nell'ambito delle risorse destinate al Fondo sanitario regionale derivanti dal riparto annuale del Fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché delle integrazioni di cui all'articolo 6, comma 5, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19.

2. Con le medesime procedure e nel rispetto delle scadenze di cui al comma 1, l'Assessore regionale per la sanità provvede all'assegnazione delle risorse per gli anni 2008 e 2009.

3. La negoziazione di cui al comma 1 per la determinazione dei rispettivi budget è estesa anche all'Ospedale classificato Buccheri La Ferla di Palermo, all'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (IsMeTT), alla Fondazione San Raffaele Giglio di Cefalù, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro neurolesi 'Bonino Pulejo' di Messina, Associazione Oasi Maria SS. ed alla Fondazione Oasi Salute - da essa derivata - entrambe con sede in Troina nonché ai centri di eccellenza costituiti in fondazione.

4. Nel caso in cui, entro il termine previsto dal comma 1, non sia stata ancora adottata la delibera di riparto del Fondo sanitario nazionale, il limite delle risorse destinate al sistema sanitario regionale viene commisurato provvisoriamente e, salvo conguaglio, sulla base delle sole risorse del fondo sanitario regionale assegnate nell'anno precedente.

5. La spesa per l'acquisizione di beni e servizi nel triennio 2007-2009 deve essere ridotta del 3 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005. La spesa complessiva regionale per le consulenze, escluse quelle a carattere assistenziale e sanitario, assunta dalle aziende di cui al comma 1 deve essere ridotta nel triennio 2007-2009 del 50 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005.

6. La spesa complessiva per le consulenze di carattere assistenziale e sanitario è ridotta del 10 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005.

7. La quota di fondo sanitario regionale disponibile destinata alla assistenza ospedaliera non può superare il 46 per cento per l'anno 2007, il 45 per cento per l'anno 2008 ed il 44 per cento per l'anno 2009.

8. L'importo dell'aggregato di spesa relativo all'assistenza ospedaliera preaccreditata, già fissato con decreto assessoriale 13 luglio 2004, n. 3787, così come ripartito a livello provinciale per l'anno 2005, è ridotto, rispettivamente, del 2 per cento per l'anno 2007, di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2008 e di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2009; sono nulle le autorizzazioni di spesa in eccedenza rispetto ai valori complessivi provinciali rideterminati con la presente norma. L'Assessore regionale per la sanità, con proprio decreto, determina, per il triennio 2007-2009, i criteri di remunerazione delle prestazioni effettuate in extra budget nell'ottica di ottenere risparmi di spesa. Le eventuali economie, derivanti dalla differenza tra l'importo di spesa per l'assistenza ospedaliera preaccreditata per singola provincia e quello realmente utilizzato, possono essere destinate, sulla base delle direttive emanate dall'Assessorato regionale della sanità e in ambito provinciale, all'abbattimento delle liste di attesa, con particolare riferimento a quelle riguardanti prestazioni di elevata specializzazione carenti sul territorio.

9. L'importo dell'aggregato di spesa relativo all'assistenza specialistica preaccreditata, già fissato con decreto assessoriale 13 luglio 2004, n. 3787, così come ripartito a livello provinciale per l'anno 2005, è ridotto, rispettivamente, del 2 per cento per l'anno 2007, di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2008 e di un ulteriore 1 per cento per l'anno 2009; sono nulle le autorizzazioni di spesa in eccedenza rispetto ai valori complessivi provinciali rideterminati con la presente norma. L'Assessore regionale per la sanità, con proprio decreto, determina, per il triennio 2007-2009, i criteri di remunerazione delle prestazioni effettuate in extra budget nell'ottica di ottenere risparmi di spesa. Le eventuali economie derivanti dalla differenza tra l'aggregato di spesa per l'assistenza specialistica preaccreditata per singola provincia e quello realmente utilizzato, possono essere destinate, sulla base delle direttive emanate dall'Assessorato regionale della sanità, all'attuazione di piani su base provinciale per l'abbattimento delle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni di elevata specialità carenti sul territorio e avuta considerazione della tipologia e del livello tecnologico delle attrezzature utilizzate.

10. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, entro trenta giorni dalla definizione della negoziazione di cui al comma 1, provvedono alla contrattazione dei budget delle strutture private preaccreditate ospedaliere e specialistiche, secondo le effettive esigenze della popolazione di riferimento, e dei criteri stabiliti dall'Assessore regionale per la sanità. Sino alla definizione del nuovo piano territoriale di assistenza specialistica ambulatoriale, i direttori generali provvedono alle assegnazioni dei budget previsti, scaturenti dalle effettive esigenze della popolazione di riferimento e a criteri stabiliti dall'Assessorato della sanità negoziati con le organizzazioni sindacali di categoria secondo quanto previsto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, solo ed esclusivamente ai soggetti preaccreditati/accreditati con il Servizio sanitario regionale alla data di pubblicazione della presente legge. L'importo complessivo dei budget assegnati alle singole strutture non può superare i tetti di spesa provinciali fissati annualmente con decreto dell'Assessore regionale per la sanità.

11. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali possono autorizzare, entro l'ambito del territorio provinciale e

del budget contrattato, il trasferimento di strutture private preaccreditate, purché supportato da adeguata motivazione in riferimento alla carenza di prestazioni sul territorio ovvero al miglioramento dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici, generali e specifici, per l'esercizio delle attività sanitarie di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997.

12. Fermo restando il regime di compartecipazione alla spesa sanitaria fissato dalla normativa nazionale e regionale, per il triennio 2007/2009, per adempiere agli obblighi di cui ai piani di rientro, derivanti dal Nuovo Patto per la salute Stato-Regioni, l'Assessore regionale per la sanità, previa delibera della Giunta regionale di governo e previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, può provvedere, con proprio decreto, a fissare l'importo di eventuali ulteriori quote di compartecipazione e le modalità di applicazione a carico di tutti gli assistiti per le prestazioni sanitarie o farmaceutiche.

13. Nell'attribuzione delle risorse agli enti di cui ai commi 1 e 3 l'Assessorato regionale della sanità determina un accantonamento da destinare al finanziamento della quota di parte regionale degli interventi per la riqualificazione della assistenza sanitaria previsti ai sensi dell'articolo 71, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n. 448.

14. In coerenza con il patto di stabilità regionale e secondo quanto previsto dall'articolo 3 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 e successive modifiche e integrazioni, nonché con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del servizio sanitario (CEFPAS) e l'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia, sono tenuti a garantire l'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate, nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro derivante dal nuovo Patto per la salute Stato-Regioni.

15. Qualora il bilancio di esercizio delle aziende di cui al comma 1 registri un risultato economico positivo, questo è iscritto in apposita voce del patrimonio netto con indicazione dell'anno in cui si è prodotto. Il risparmio di esercizio è destinato in via prioritaria alla copertura delle perdite eventualmente registrate negli esercizi precedenti. Il direttore generale in sede di adozione del bilancio di esercizio formula proposte per l'utilizzazione del risparmio conseguito. L'Assessore regionale per la sanità valuta le proposte dei direttori generali e decide, nel rispetto delle linee programmatiche regionali, la destinazione dei risparmi di esercizio.

16. L'Assessore regionale per la sanità, entro quarantacinque giorni dalla chiusura della negoziazione di cui al comma 1, assegna a ciascun direttore generale specifici obiettivi, fissando le scadenze delle verifiche periodiche; il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro di cui al comma 12, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e della normativa vigente di cui all'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comporta la decadenza automatica del direttore generale delle aziende di cui al comma 1.

17. L'Assessorato regionale della sanità, ai fini dell'espletamento dell'attività di vigilanza e di controllo della gestione, finalizzata alla salvaguardia dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità, esercita il controllo sui seguenti atti delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, del Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del servizio sanitario (CEFPAS) e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale con sede in Sicilia:

- a) il bilancio di esercizio;
- b) l'atto aziendale;
- c) le dotazioni organiche complessive.

18. L'attività di controllo sugli atti di cui al comma 17 deve espletarsi entro 90 giorni dal ricevimento e può essere interrotta una sola volta con la richiesta di chiarimenti, integrazioni o verifiche in luogo; in tal caso i termini del controllo sono sospesi. Si applica altresì quanto previsto dall'articolo 53, comma 13, della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17.

19. L'esercizio del controllo deve fare riferimento, oltre alla verifica contabile, ai risultati di gestione e alla coerenza dei medesimi con gli atti di programmazione nazionale e regionale e con ogni altra disposizione in merito. Sono abrogati il comma 5 dell'articolo 28 della legge regionale 26 marzo 2002, n. 2; il comma 8 dell'articolo 32 della legge regionale 7 marzo 1997, n. 6; l'articolo 27 della legge regionale 16 aprile 2003, n. 4.

20. Il divieto di cui all'articolo 1, comma 6, della legge regionale 5 novembre 2004, n. 15 è prorogato fino al 31 dicembre 2007.

21. Le gestioni liquidatorie costituite presso le aziende unità sanitarie locali cessano a decorrere dal 1^o gennaio 2007; l'Assessorato regionale della sanità determina, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri e le modalità di chiusura delle predette contabilità con il trasferimento delle situazioni debitorie residue sulle contabilità ordinarie delle aziende.

22. La Giunta regionale, definito il processo di condivisione con il Governo della Repubblica, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, approva gli obiettivi e le misure di contenimento del piano di risanamento del sistema sanitario regionale per il triennio 2007/2009; gli obiettivi e le misure deliberate, nonché i conseguenti provvedimenti di attuazione che saranno adottati dall'Assessorato regionale della sanità, impegnano tutte le strutture del sistema sanitario regionale agli adempimenti necessari per il raggiungimento delle finalità contenute dal piano stesso.

23. La Giunta regionale procede, entro il 31 dicembre 2007, alla predisposizione del piano sanitario regionale e di quello socio-sanitario.

24. All'articolo 66, comma 9, primo periodo, della legge regionale 1^ª settembre 1993, n. 25, dopo le parole "alle attività a destinazione vincolata individuate nel piano sanitario regionale" sono aggiunte le seguenti parole: "ed al finanziamento dei progetti elaborati dai dipartimenti dell'Assessorato regionale della sanità, finalizzati al monitoraggio della spesa sanitaria ed alla verifica delle iniziative di razionalizzazione dei servizi aziendali e delle misure di contenimento della spesa".
25. Al fine di ridurre i tempi di intervento sul contenimento della spesa sanitaria, in aggiunta alle misure già individuate nei precedenti commi:
- a) è sospesa l'efficacia, sino alla approvazione delle misure di contenimento del piano di risanamento regionale, di tutti gli accordi intervenuti e le convenzioni stipulate con i soggetti di cui al comma 3, che abbiano determinato incrementi aggiuntivi di budget per il sistema sanitario regionale rispetto al 2005; gli accordi e le convenzioni sono rinegoziati tenendo come tetto massimo di spesa i valori di budget dell'anno 2005, maggiorati dell'incremento dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati;
 - b) è sospesa l'efficacia, sino alla approvazione delle misure di contenimento del piano di risanamento regionale, di tutti gli atti deliberativi delle aziende unità sanitarie locali adottati nel 2006 che prevedono il conferimento di nuovi incarichi di direzione di strutture complesse autorizzate e non ancora attivate.
26. Al comma 17 dell'articolo 25 della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19, le parole "in misura non inferiore al 3 per mille" sono sostituite dalle seguenti: "in misura non inferiore al 2,3 per mille". (Periodo omissso in quanto impugnato dal Commissario dello Stato ai sensi dell'art. 28 dello Statuto).
27. La spesa per le borse di studio ulteriori di cui all'articolo 1 della legge regionale 20 agosto 1994, n. 33, non può superare l'importo complessivo dell'anno 2006. Il 60 per cento delle risorse disponibili deve essere assegnato nell'ambito delle discipline carenti individuate con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, sentita la competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, tenuto conto anche degli indirizzi formulati dall'Osservatorio regionale per le scuole di specializzazione delle facoltà di medicina e chirurgia. Il decreto di individuazione delle discipline carenti è adottato entro il 30 giugno di ogni anno.
28. Al comma 1 dell'articolo 16 della legge regionale 30 marzo 1998, n. 5, le parole "tre dodicesimi" sono sostituite dalle parole "quattro dodicesimi".
29. Al fine di pervenire a sensibili economie di scala nella fornitura e gestione di beni e servizi, le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie sono tenute a procedere all'acquisizione di beni e servizi in forma consorziata, in ambito provinciale o extraprovinciale, nel rispetto delle direttive impartite dall'Assessorato regionale della sanità entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. A tale scopo l'Assessorato avvia il monitoraggio delle procedure espletate in forma consorziata per la verifica delle economie di scala conseguite. L'ottemperanza alle disposizioni di cui al presente comma, unitamente a quelle di cui all'articolo 42 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17, è condizione necessaria per l'ammissione alla valutazione dei risultati di gestione ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502.
30. Al fine del contenimento e della razionalizzazione della spesa sanitaria per il triennio 2007-2009 è fatto divieto alle aziende unità sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie di corrispondere al personale dipendente somme per prestazioni lavorative aggiuntive, al di fuori dei fondi determinati ai sensi dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti. I fondi relativi agli istituti contrattuali connessi alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi ed alla retribuzione di risultato devono essere prioritariamente finalizzati alla remunerazione di prestazioni orarie aggiuntive del personale svolte per garantire la copertura delle attività assistenziali, o a supporto delle stesse, nel rispetto delle modalità che verranno definite in sede di contrattazione aziendale.
31. Per le finalità connesse alla programmazione, al monitoraggio dello stato di salute della popolazione ed alla sorveglianza delle malattie, il dipartimento Osservatorio epidemiologico dell'Assessorato regionale della sanità è autorizzato al trattamento dei dati anagrafici e dei dati sullo stato di salute dei residenti in Sicilia e dei soggetti assistiti nel territorio della Regione siciliana, raccolti dal Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM), dai registri di patologia, dalle aziende unità sanitarie locali, dai soggetti convenzionati con il Servizio sanitario regionale e dai soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie, oltre che dai dati veicolati dal Sistema informativo sanitario ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30. Il dipartimento Osservatorio epidemiologico è individuato quale struttura tecnica per l'assegnazione del codice univoco che non consente la identificazione dell'interessato durante il trattamento dei dati, ad eccezione dei casi strettamente indispensabili e secondo procedure formalmente definite.
32. Il ReNCaM della Regione siciliana, contenente l'elenco nominativo dei deceduti nel corso dell'anno nell'ambito del territorio regionale e la relativa causa di morte, i registri di patologia regionali di talassemia, delle malformazioni, dei tumori tiroidei, già istituiti ed operanti presso il dipartimento Osservatorio epidemiologico della Regione siciliana, sono individuati quali strumenti fondamentali per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione regionale e riconosciuti parte integrante del Sistema informativo sanitario regionale.
33. I Registri tumori delle province di Catania, Messina, Palermo, Ragusa, e Trapani, il Registro provinciale di patologia di Siracusa, già istituiti ed operanti nel territorio regionale sono individuati quali strumenti fondamentali per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione regionale e riconosciuti parte integrante del Sistema informativo sanitario regionale.
34. Per le finalità connesse alla sorveglianza delle malattie ed al monitoraggio dello stato di salute della popolazione regionale, il ReNCaM ed i registri di cui ai precedenti commi, sono autorizzati al trattamento dei dati individuali nominativi dei residenti in Sicilia, e alla interconnessione di tali dati con quelli veicolati dal Sistema informativo

sanitario di cui all'articolo 18 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30.

35. Per le finalità di cui al comma 31, il dipartimento Osservatorio epidemiologico dell'Assessorato regionale della sanità è autorizzato all'interconnessione dei dati anagrafici e di quelli relativi allo stato di salute dei residenti in Sicilia raccolti dal ReNCaM, dai registri di patologia, dalle aziende unità sanitarie locali, dai soggetti convenzionati con il Servizio sanitario regionale e dai soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie, oltre che dei dati veicolati dal Sistema informativo sanitario ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale 3 novembre 1993, n. 30".

Nota all'art. 28, comma 1:

L'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, recante: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", così dispone:

"Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. - 1. Per le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini stranieri non iscritti al servizio sanitario nazionale devono essere corrisposte, dai soggetti tenuti al pagamento di tali prestazioni, le tariffe determinate dalle regioni e province autonome ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

3. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della legge 29 luglio 1975, n. 405, e della legge 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto 6 marzo 1995 del Ministro della sanità, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai.

4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

5. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

6. Fermo restando il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'interno, agli oneri recati dalle rimanenti prestazioni contemplate nel comma 3, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza".

Nota all'art. 32, comma 2:

L'articolo 3 della legge regionale 4 dicembre 2008, n. 18, recante: "Disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico", per effetto delle modifiche apportate dal comma che si annota, risulta il seguente:

"Organi degli Istituti non trasformati in fondazioni. - 1. Sono organi degli Istituti non trasformati in fondazioni:

a) il consiglio di indirizzo e verifica;

b) il direttore generale;

c) il direttore scientifico;

d) il collegio sindacale.

2. Il consiglio di indirizzo e verifica dura in carica cinque anni ed è composto da cinque componenti nominati con decreto del Presidente della Regione e scelti tra soggetti di provata competenza ed onorabilità, di cui due designati dal Presidente della Regione su proposta dell'Assessore per la sanità, due designati dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed uno, con funzioni di presidente, designato dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Presidente della Regione. Il presidente del consiglio di indirizzo e verifica può nominare tra i consiglieri un vicepresidente cui conferire specifiche deleghe. Al consiglio partecipano, senza diritto di voto, il direttore generale, il direttore scientifico ed i componenti del collegio sindacale.

3. Il consiglio ha il compito di:

a) definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e verificarne l'attuazione;

b) esprimere parere preventivo obbligatorio al direttore generale sul bilancio preventivo e sul bilancio di esercizio, sulle modifiche al Regolamento di organizzazione e funzionamento, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione di società, consorzi, altri enti ed associazioni;

c) nominare i componenti del comitato tecnico-scientifico, su proposta del direttore scientifico;

d) svolgere le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo il consiglio riferisce al Presidente della Regione ed al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali proponendo le misure da adottare.

4. Il direttore generale è nominato dal Presidente della Regione, previo parere della Commissione legislativa "Servizi sanitari e sociali" dell'Assemblea regionale di concerto con il Presidente dell'Assemblea regionale, tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 ed è scelto da un elenco di candidati che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età dichiarati idonei a seguito di avviso pubblico.

L'incarico di direttore generale ha natura esclusiva, ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni ed è disciplinato da apposito contratto di prestazione d'opera intellettuale secondo lo schema-tipo approvato dall'Assessorato regionale della sanità.

Il direttore generale rappresenta legalmente l'Istituto, esercita tutti i poteri di gestione ed è responsabile della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa dell'Istituto, incluse l'organizzazione e la gestione del personale.

Il direttore generale nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, terzo comma, del decreto legislativo n. 288/2003; gli incarichi hanno natura esclusiva ed una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, si concludono in ogni caso con il cessare dell'incarico del direttore generale che li ha nominati e possono essere rinnovati ma non prorogati. Tali incarichi sono disciplinati da apposito contratto di prestazione d'opera intellettuale. Le funzioni di direttore sanitario e di direttore amministrativo cessano al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermi restando gli effetti di cui all'articolo 16, primo comma, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503.

5. Il direttore scientifico è nominato dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali *sentito* il Presidente della Regione, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 288/2003 e dell'articolo 1 del D.P.R. 26 febbraio 2007, n. 42, ed il relativo incarico, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, è disciplinato da un contratto di diritto privato stipulato con il direttore generale ed ha natura esclusiva. Qualora l'incarico di direttore scientifico sia conferito ad un professore universitario questi è tenuto a collocarsi in aspettativa senza retribuzione dalla Università. Il direttore scientifico dell'Istituto promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica di cui è il responsabile e gestisce il relativo budget la cui misura non può comunque essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca; tale gestione è concordata annualmente con il direttore generale in relazione alle direttive stabilite dal consiglio di indirizzo e verifica ed in coerenza con i programmi nazionali e regionali in materia. Il direttore scientifico presiede il comitato tecnico-scientifico ed esprime parere obbligatorio ma non vincolante in ordine agli atti concernenti le attività cliniche e scientifiche nonché alle assunzioni ed all'utilizzo di personale medico e sanitario non medico nell'ambito delle attività stesse, sui quali il direttore generale opera nell'ambito esclusivo delle sue competenze. Il trattamento economico del direttore scientifico non può superare quello del direttore generale dell'Istituto.

6. Il collegio sindacale dura in carica tre anni, è nominato dal direttore generale ed è composto da tre membri di cui uno designato dall'Assessore regionale per la sanità, uno dall'Assessore regionale per il bilancio e le finanze ed uno dal Ministro delle finanze.

Il presidente del collegio sindacale è eletto dai sindaci nella prima seduta. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della giustizia o fra i funzionari dello Stato che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali in enti pubblici o privati. Il collegio sindacale di ogni Istituto vigila sull'osservanza delle disposizioni di legge, sulla regolare tenuta della contabilità e sulla conformità del bilancio alle risultanze delle scritture contabili effettuando periodicamente verifiche di cassa. I componenti del collegio sindacale svolgono, anche individualmente, atti di ispezione e controllo senza preavviso. Il consiglio di indirizzo e verifica determina il compenso ed il rimborso spese dei componenti del collegio sindacale in misura tale da non superare quanto previsto dalla normativa vigente per i membri dei collegi sindacali delle aziende unità sanitarie locali".

Nota all'art. 32, comma 3:

L'art. 1 della legge regionale 29 dicembre 2008, n. 25, recante: "Interventi finanziari urgenti per l'occupazione e lo sviluppo", per effetto delle modifiche apportate dal comma che si annota risulta il seguente:

"Interventi finanziari urgenti per l'occupazione e lo sviluppo. - 1. Il termine dei contratti di cui al comma 2 dell'articolo 1 della legge regionale 21 agosto 2007, n. 15 può essere prorogato, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, fino al 31 marzo 2009. Gli oneri discendenti dall'applicazione del presente comma valutati in 3.740 migliaia di euro per l'esercizio finanziario 2009 trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2008-2010 U.P.B. 4.2.1.5.2 - accantonamento 1008.

2. I contratti di lavoro stipulati ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 30 ottobre 1995, n. 76 e successive modifiche ed integrazioni, possono essere prorogati, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, sino al 31 marzo 2009, osservando i periodi di discontinuità previsti dal comma 3 dell'articolo 5 del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368. Le garanzie occupazionali di cui all'articolo 1, comma 2, della legge regionale 1^Y febbraio 2006, n. 4, sono confermate, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, fino al 31 marzo 2009. Per le finalità del presente comma è autorizzata, per l'esercizio finanziario 2009, la spesa di 6.213 migliaia di euro; i relativi oneri trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2008-2010 nell'U.P.B. 4.2.1.5.2, quanto a 5.550 migliaia di euro all'accantonamento 1001 e quanto a 663 migliaia di euro, all'accantonamento 1006.

3. L'Assessorato regionale del lavoro, della previdenza sociale, della formazione professionale e dell'emigrazione è autorizzato a disporre, per l'anno 2009, la prosecuzione degli interventi in favore dei soggetti in atto impegnati nelle attività socialmente utili di cui all'articolo 1 della legge regionale 5 novembre 2001, n. 17. Al relativo onere si fa fronte, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, con le risorse destinate al Fondo unico per il precariato di cui all'articolo 71

della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17.

4. Le disposizioni di cui all'articolo 41 della legge regionale 8 febbraio 2007, n. 2, come modificate dall'articolo 2, comma 2, della legge regionale 31 dicembre 2007, n. 27, possono essere prorogate, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, sino al 31 marzo 2009. Per le finalità del presente comma è autorizzata, per l'esercizio finanziario 2009, la spesa di 14.375 migliaia di euro; i relativi oneri trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2008-2010 nell'U.P.B. 4.2.1.5.2, quanto ad 8.500 migliaia di euro, all'accantonamento 1004 e, quanto a 5.875 migliaia di euro, all'accantonamento 1008.

5. Per l'esercizio finanziario 2009, a valere sulle assegnazioni annuali in favore dei Comuni, è riservata, sentita la Conferenza Regione - Autonomie locali, al comune di Palermo, quale quota per i primi tre mesi, una somma sino a 10.000 migliaia di euro per consentire la prosecuzione dei lavori effettuati dai soggetti destinatari delle disposizioni recate dall'articolo 2, comma 6, della legge regionale 1^Y febbraio 2006, n. 4.

6. Nell'ambito dei programmi e dei progetti finanziati con fondi regionali o extraregionali per l'esercizio 2009 e successivi, l'Agenzia regionale per i rifiuti e le acque è tenuta a valersi delle professionalità, in atto esistenti, del personale a tempo determinato, i cui contratti andranno a scadere il 31 dicembre 2008 che, per le finalità del presente comma, possono essere prorogati, nei limiti della spesa autorizzata, al 31 marzo 2009. Per le finalità del presente comma è autorizzata, per l'esercizio finanziario 2009, la spesa di 2.100 migliaia di euro; i relativi oneri trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2008-2010 nell'U.P.B. 4.2.1.5.2 - accantonamento 1006.

7. Per assicurare la continuità dell'azione tecnico-amministrativa dell'Assessorato regionale del territorio e dell'ambiente - Dipartimento territorio ed ambiente, possono essere prorogati, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, nelle more dell'attuazione degli strumenti di programmazione extraregionali, sino al 31 marzo 2009, i contratti al personale selezionato con procedure di evidenza pubblica di seguito elencato:

a) 19 unità di personale contrattualizzato dal Dipartimento regionale territorio ed ambiente, ai sensi del decreto del dirigente generale del medesimo Dipartimento n. 450 del 28 giugno 2002;

b) 45 unità di personale a tempo determinato contrattualizzato ai sensi dell'articolo 15 della legge regionale 9 marzo 2005, n. 3;

c) 18 unità di personale di cui all'avviso pubblico per la selezione di esperti a supporto delle politiche ambientali relativo al comunicato della Presidenza della Regione pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 28 luglio 2006, n. 9, serie speciale concorsi;

d) 1 unità di personale contrattualizzato dal Ministero dello sviluppo economico - PON-ATAS 2000-2006 - che ha prestato servizio al Dipartimento regionale territorio ed ambiente fino al 31 ottobre 2008;

e) 10 unità di personale contrattualizzato dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare - progetto PODIS - che ha prestato servizio al Dipartimento regionale territorio ed ambiente fino al 30 giugno 2008.

Per le finalità del presente comma, per l'esercizio finanziario 2009, è autorizzata la spesa complessiva di 784 migliaia di euro; i relativi oneri trovano riscontro nel bilancio pluriennale della Regione per il triennio 2008-2010 U.P.B. 4.2.1.5.2 - accantonamento 1006.

8. La predisposizione e realizzazione dei progetti attuativi del Fondo aree sottoutilizzate 2007-2013, previste dalla deliberazione CIPE n. 166 del 21 dicembre 2007 e successive modifiche ed integrazioni, rappresenta obiettivo prioritario assegnato ai dirigenti generali interessati i quali sono tenuti al recupero delle somme anticipate dalla Regione per la realizzazione dei singoli progetti.

9. Ad avvio dei progetti di cui al comma 8, le risorse autorizzate dalla presente legge recuperate anche per effetto del medesimo comma 8, confluiscono, tramite decreto del Ragioniere generale, nel fondo di riserva destinato alle finalità di cui all'articolo 7 della legge 5 agosto 1978, n. 468 e successive modifiche ed integrazioni.

10. E' fatto divieto alle Amministrazioni regionali, istituti, aziende, agenzie, consorzi, esclusi quelli costituiti unicamente tra enti locali, organismi ed enti regionali comunque denominati, che usufruiscono di trasferimenti diretti da parte della Regione, di procedere ad assunzioni di nuovo personale sia a tempo indeterminato che a tempo determinato. Le disposizioni del presente comma non si applicano alle aziende unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere e agli enti del settore (C.E.F.P.A.S.) per i quali continuano ad applicarsi le vigenti norme nazionali in materia.

11. All'Assessore regionale per il bilancio e le finanze, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, è attribuito il coordinamento delle risorse regionali ed extra regionali, ivi comprese quelle derivanti dalla deliberazione CIPE n. 166 del 21 dicembre 2007 e successive modifiche ed integrazioni, per le quali è autorizzato a predisporre, con la collaborazione del Dipartimento regionale della programmazione ed avvalendosi della Ragioneria generale, il relativo programma di utilizzo.

12. (Comma omissso in quanto impugnato dal Commissario dello Stato ai sensi dell'art. 28 dello Statuto).

13. Al comma 4 dell'articolo 12 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17 e successive modifiche ed integrazioni, le parole "entro il 31 dicembre 2008" sono sostituite dalle parole "entro il 31 dicembre 2009". Il differimento del predetto termine vale anche per l'incidenza del parametro di cui al medesimo comma 4, secondo le modalità già assentite in sede di Conferenza Regione - Autonomie locali. Il differimento del predetto termine produce effetti anche in ordine all'attività gestionale riconducibile all'esercizio finanziario 2008.

14. Il Ragioniere generale della Regione è autorizzato ad apportare al bilancio della Regione le variazioni discendenti dall'applicazione della presente legge".

LAVORI PREPARATORI

D.D.L. n. 248

"Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".

Iniziativa governativa: presentato dal Presidente della Regione (Lombardo) su proposta dell'Assessore per la sanità (Russo) l'8 ottobre 2008.

Trasmesso alla Commissione "Servizi sociali e sanitari" (VI) il 21 ottobre 2008.

Esaminato dalla Commissione nelle sedute n. 26 del 7 gennaio, n. 29 del 14 gennaio, n. 30 del 21 gennaio, n. 31 del 28 gennaio, n. 32 del 29 gennaio, n. 34 del 3 febbraio, n. 35 del 4 febbraio, n. 36 del 10 febbraio, nn. 37 e 38 dell'11 febbraio, n. 40 del 12 febbraio 2009.

Deliberato l'invio del testo coordinato al Comitato per la qualità della legislazione nella seduta n. 40 del 12 febbraio 2009.

Esitato per l'Aula nella seduta n. 42 del 25 febbraio 2009.

Relatore: Innocenzo Leontini.

Discusso dall'Assemblea nelle sedute n. 70 del 4 marzo 2009, n. 72 dell'11 marzo 2009, n. 73 del 17 marzo 2009, n. 74 del 18 marzo 2009, n. 75 del 19 marzo 2009, n. 76 del 24 marzo e n. 77 del 25 marzo 2009.

Approvato dall'Assemblea nella seduta n. 77 del 25 marzo 2009.

(2009.13.881)102