

# SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

N. 2375

## DISEGNO DI LEGGE

*approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 18 luglio 1990 in un testo risultante dall'unificazione*

**del disegno di legge presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri  
(ANDREOTTI)**

**e dal Ministro della Sanità  
(DE LORENZO)**

**di concerto col Ministro del Bilancio e della Programmazione economica  
(CIRINO POMICINO)**

**col Ministro del Tesoro  
(CARLI)**

**col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale  
(DONAT-CATTIN)**

**col Ministro dell'Ambiente  
(RUFFOLO)**

**e col Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica  
(RUBERTI)**

*(V. Stampato Camera n. 4227)*

**e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati STERPA; RUSSO Franco, ARNABOLDI, RUSSO SPENA, CAPANNA, RONCHI, CIPRIANI, GUIDETTI SERRA e TAMINO; ZANGHERI, BENEVELLI, CECI, TAGLIABUE, BARBERA, BERNASCONI, ANGIUS, STRUMENDO, BIANCHI BERETTA, BRESCIA, COLOMBINI, DIGNANI GRIMALDI, LO CASCIO GALANTE, MAINARDI FAVA, MONTANARI FORNARI, SANNA, CAPECCHI e PEDRAZZI CIPOLLA**

*(V. Stampati Camera nn. 1058, 1107 e 3593)*

*Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza il  
24 luglio 1990*

**Riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di  
contenimento della spesa sanitaria**

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

#### *(Fondo sanitario interregionale)*

1. È istituito il fondo sanitario interregionale. Esso è alimentato, per la parte corrente, dal gettito dei contributi di malattia al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate, da stanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato determinati dalla legge finanziaria e da ogni altra entrata ad esso destinata. Per la quota in conto capitale il fondo è alimentato da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato.

2. Il fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio e del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata Conferenza, e tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale con particolare riferimento al riequilibrio territoriale. La ripartizione del fondo sanitario interregionale è effettuata su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza, sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

- a) struttura della popolazione per classi di età, sesso, densità;
- b) indicatori epidemiologici di bisogno sanitario;
- c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, su contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali

attraverso le regioni e le province autonome;

d) *standards* nazionali di organizzazione e di attività, secondo le indicazioni di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da ultimo modificato dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

e) reddito medio regionale;

f) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

3. In sede di ripartizione del fondo sanitario interregionale sono enucleati i finanziamenti destinati ad istituti di rilievo nazionale o riferiti a iniziative centrali previste da leggi nazionali o riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale, da trasferire, con decreti del Ministro del tesoro, allo stato di previsione del Ministero della sanità; una quota di fondo non superiore al 5 per cento è riservata a fabbisogni particolari e imprevisi ed è ripartita tra le regioni, anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

4. Le quote del fondo sanitario interregionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

5. Il finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 2. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere sono assegnate in forma indistinta.

6. Le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale in ordine alla ripartizione del fondo sono esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400. Restano ferme le altre attribuzioni del Consiglio

sanitario nazionale, la cui composizione è integrata:

a) da due rappresentanti designati, rispettivamente, dal Ministro per il coordinamento della protezione civile e dal Ministro per gli affari sociali, nonchè da un rappresentante del Ministero dell'ambiente e da un rappresentante del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

b) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, da otto medici chirurghi di cui quattro dipendenti e quattro convenzionati e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

c) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei veterinari e da un veterinario dipendente designato dalla Federazione stessa;

d) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e da un farmacista dipendente designato dalla Federazione stessa;

e) dal presidente dell'Ordine nazionale dei biologi;

f) dal presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi;

g) dal presidente dell'Ordine nazionale dei chimici;

h) dal presidente dell'Ordine nazionale degli ingegneri;

i) dal presidente della Federazione nazionale dei collegi degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia;

l) da due rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI).

7. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonchè gli eventuali disavanzi nella gestione dei servizi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome, nonchè dagli enti locali limitatamente ai servizi loro assegnati, con utilizzo delle proprie risorse. Il finanziamento da parte delle regioni a statuto ordinario e, per quanto di compe-

tenza, da parte degli enti locali degli eventuali disavanzi è subordinato all'attribuzione alle regioni e agli enti locali della potestà impositiva. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono utilizzati dalle stesse per il potenziamento delle strutture, per l'acquisto di attrezzature e per il finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

8. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, sono indicati alle regioni i criteri per l'adozione di norme basate sul principio della responsabilizzazione dei preposti ai centri di spesa delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere rispetto all'utilizzo degli stanziamenti annuali ad essi destinati per gli impegni di lavoro programmati. Sono altresì identificate le tipologie dei centri di spesa comprendendovi comunque le strutture sanitarie. Inoltre sono fissate le modalità della rendicontazione a cadenza trimestrale ed i criteri per l'allocazione funzionale delle risorse sanitarie e di quelle sociali inerenti ai progetti-obiettivo di cui al piano sanitario nazionale nel bilancio regionale e per la presentazione, in allegato al conto consuntivo, del riepilogo dei bilanci delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

9. È soppresso il fondo sanitario nazionale. Il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, rispettivamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale, provvedono alla definizione delle partite sospese. Sul fondo sanitario di cui al comma 1 non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione del fondo stesso.

10. Per l'esercizio 1991 restano in vigore le modalità di riparto del fondo previste dalle norme vigenti antecedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge. Fino all'attribuzione alle regioni a statuto ordinario della potestà impositiva, le regioni e le province autonome possono

presentare disavanzi solo se hanno destinato al settore sanitario almeno una somma pari al finanziamento ricevuto ai sensi del comma 4.

Art. 2.

*(Delega al Governo  
per la disciplina contabile)*

1. L'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dagli articoli 9 e 10 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dal seguente:

«Art. 50. - *(Delega al Governo per la disciplina contabile)* - 1. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, è delegato ad adottare un decreto legislativo contenente le norme fondamentali sull'amministrazione, sulla gestione e sulla contabilità delle unità sanitarie locali, coordinandolo con le disposizioni contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335, nel rispetto dei seguenti principi:

a) predisposizione di un bilancio pluriennale di previsione di competenza in armonia con il periodo di validità previsto dalla legge contenente le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 53 della presente legge, come modificato da ultimo dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il bilancio pluriennale di previsione di competenza, che indica gli stanziamenti separatamente per ciascun anno considerato, autorizza gli accertamenti e l'assunzione degli impegni ed è aggiornato in occasione della presentazione del bilancio annuale;

b) classificazione delle voci del bilancio di previsione poliennale organizzate per obiettivi;

c) predisposizione di un bilancio di previsione annuale di cassa nell'ambito del bilancio di previsione triennale di competenza;

d) predisposizione di un conto consuntivo annuale di competenza e di cassa,

intendendosi riferiti all'anno, per la competenza, tutti gli accertamenti e gli impegni assunti con riferimento all'anno stesso;

e) organizzazione della parte spesa dei bilanci di previsione triennale ed annuale e del conto consuntivo annuale in tre sezioni: spese correnti di mantenimento, spese in conto capitale, spese per lo sviluppo;

f) tenuta di una specifica contabilità dei costi, ispirata alla responsabilizzazione dei vari centri di spesa delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;

g) gestione dello stanziamento destinato ai programmi e ai progetti individuati nell'ambito della programmazione sanitaria regionale e locale;

h) invio trimestrale ai Ministeri della sanità e del tesoro delle risultanze finanziarie e del conto economico della gestione che diano conto, rispetto alla previsione di competenza e di cassa dell'anno relativo, dell'ammontare degli accertamenti e degli introiti, degli impegni e dei pagamenti, per il controllo delle variazioni della gestione rispetto alla previsione;

i) predisposizione a livello nazionale di un piano dei conti generale e di un sistema di principi contabili di riferimento ai fini di un'omogenea redazione del conto economico, della contabilità dei costi e del conto consuntivo annuale;

l) predisposizione a livello nazionale di un modello di criteri organizzativi del sistema contabile al fine di garantire l'attendibilità dei dati prodotti dal sistema;

m) divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere del ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo risultante dalla somma delle previsioni di cassa delle sezioni spese correnti di mantenimento e spese per lo sviluppo;

2) la contrazione di mutui per il finanziamento di programmi e progetti previsti nella sezione spese per lo sviluppo fino ad un ammontare complessivo delle relative rate di mutuo per capitale ed interessi non superiore al 20 per cento

dello stanziamento iscritto nel bilancio di previsione annuale di cassa nella medesima sezione».

2. Il decreto legislativo di cui all'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è adottato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

### Art. 3.

#### *(Funzioni regionali)*

1. Le regioni e le province autonome determinano, attraverso gli organi statutariamente competenti, gli indirizzi di natura politica e programmatica in materia di tutela della salute, provvedono alla ripartizione e alla erogazione delle risorse finanziarie alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere e forniscono direttive per la impostazione dei bilanci di previsione, esercitano i controlli sugli atti dei consigli di amministrazione delle anzidette aziende, provvedono al consolidamento dei bilanci e alla gestione unificata del patrimonio immobiliare di cui all'articolo 14. Le regioni possono delegare alle città metropolitane le funzioni di cui al presente comma con esclusione degli indirizzi di natura politica e programmatica, dei controlli e del consolidamento dei bilanci, nel rispetto della organizzazione dei servizi.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia della spesa di cui all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome svolgono nei confronti delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere funzioni di promozione, di indirizzo tecnico, di supporto e di vigilanza sulla gestione. Le regioni e le province autonome notificano al Ministero della sanità l'organizzazione predisposta e i provvedimenti adottati per dare esecuzione alle indicazioni del presente articolo.



## Art. 4.

*(Unità sanitarie locali)*

1. Le regioni e le province autonome disciplinano con propria legge, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le province interessate, le città metropolitane, i comuni e le comunità montane:

a) la riorganizzazione e la fusione delle unità sanitarie locali con programmi regionali, salvo quanto disposto dalle successive lettere, con almeno 120.000 abitanti. Le unità sanitarie locali coincidono con il territorio di uno o più comuni o della provincia. Nei comuni con popolazione superiore a 400.000 abitanti l'ambito territoriale di ciascuna unità sanitaria locale è determinato dal comune stesso e non può contenere meno di 200.000 abitanti. La programmazione regionale definisce i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, come previsti dall'articolo 10 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e stabilisce quali comunità montane, il cui territorio è in prevalenza in zona montana, possono essere conservate come unità sanitarie locali autonome, in deroga ai limiti sopra indicati. Le unità sanitarie locali attivano ed organizzano i distretti entro il 30 giugno 1991. Trascorso tale termine si applicano le disposizioni di cui all'articolo 19. In condizioni territoriali particolari, previo parere del Consiglio sanitario nazionale, è consentita la delimitazione dell'unità sanitaria locale secondo ambiti con popolazione inferiore a 120.000 abitanti;

b) l'attribuzione alle unità sanitarie locali della natura di azienda speciale con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile;

c) la composizione e le attribuzioni degli organi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, costituiti dal consiglio di amministrazione, che elegge al suo interno il presidente, dal direttore generale e dal collegio dei revisori. Le regioni predispongono i relativi schemi di statuto e di regolamento;

d) i criteri per il trasferimento e l'accollo dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle unità sanitarie locali preesistenti che vengono accorpate o nel caso di costituzione delle aziende ospedaliere.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia della spesa previste dall'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome adeguano la disciplina legislativa da adottare ai sensi del comma 1 ai seguenti principi:

a) i rapporti attivi e passivi, in caso di accorpamento di unità sanitarie locali o di scorporo di aziende ospedaliere, seguono di norma i servizi cui si riferiscono;

b) il numero dei componenti dei consigli di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è compreso tra un minimo di cinque e un massimo di nove membri in rapporto all'ampiezza e alla rilevanza degli interessi sanitari da rappresentare. Detti componenti durano in carica cinque anni;

c) la nomina del consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali è riservata agli enti locali di riferimento territoriale e avviene con votazione limitata; per le aziende ospedaliere, al consiglio regionale in concorso con l'ente locale ove ha sede l'azienda ospedaliera. L'assemblea dei comuni opera unicamente come collegio elettorale dei componenti del consiglio di amministrazione. I componenti dei consigli di amministrazione sono scelti tra i consiglieri circoscrizionali, comunali o provinciali degli enti o degli organismi di riferimento e tra cittadini aventi comprovata esperienza di amministrazione, purchè non siano stati condannati per reati contro il patrimonio o contro la pubblica amministrazione, e sempre che non abbiano in corso procedimenti penali a loro carico per i suddetti reati;

d) nei consigli di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è garantita la rappresentanza della minoranza dell'organo elettivo;

e) i consigli di amministrazione formulano, sulla base delle risultanze degli eserci-

zi precedenti e degli elementi di valutazione forniti dal direttore generale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività e del bilancio di previsione; approvano il bilancio di previsione e il conto consuntivo che sono redatti dal direttore generale e sono rimessi alla giunta regionale per le rispettive operazioni di verifica e di consolidamento; procedono a verifiche generali sull'andamento delle attività; riferiscono annualmente agli enti locali di riferimento territoriale sull'andamento delle attività per eventuali osservazioni utili nella predisposizione di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni; definiscono l'articolazione della unità sanitaria locale in distretti socio-sanitari di base; propongono alla giunta regionale o provinciale la nomina del direttore generale e la sua revoca per motivi connessi alla funzionalità del servizio;

f) il presidente, che viene eletto dal consiglio di amministrazione nel suo seno, svolge tutte le funzioni di carattere non gestionale attribuitegli dalla legge, dallo statuto e dai regolamenti;

g) tutti i poteri di gestione sono riservati al direttore generale, la cui scelta è effettuata con le modalità di cui alla lettera h). In ogni unità sanitaria locale, e nelle aziende ospedaliere, sono previsti il direttore amministrativo, il direttore sanitario ed il consiglio dei sanitari. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati a termine con provvedimento motivato del direttore generale, previo avviso pubblico; restano nella funzione per la durata del rapporto di lavoro di quest'ultimo e possono essere riconfermati nell'incarico. Il direttore sanitario è un medico in possesso di apposita idoneità nazionale, presiede il consiglio dei sanitari ed è responsabile della organizzazione igienico-sanitaria della unità sanitaria locale e della azienda ospedaliera. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e l'ufficio di direzione. Le funzioni del coordinatore amministrativo non rientranti nelle attribuzioni del direttore generale sono svolte dal direttore amministrativo; quelle del coordinatore sanitario sono

svolte dal direttore sanitario. Il consiglio dei sanitari è composto da nove a quindici membri. Nelle unità sanitarie locali fanno parte del consiglio dei sanitari medici e altri operatori sanitari laureati, dipendenti e convenzionati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente il presidio ospedaliero. Nelle aziende ospedaliere il consiglio dei sanitari è composto in maggioranza da personale medico e, per almeno un terzo dei componenti, da figure apicali, e ne fa parte anche un dirigente dei servizi di assistenza infermieristica. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio non vincolante, quando sono in esame decisioni riguardanti attività tecnico-sanitarie e assistenziali o investimenti attinenti; il direttore generale è tenuto a motivare espressamente i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio stesso. Al fine di un maggiore coordinamento il direttore generale promuove la conferenza dei responsabili dei servizi;

*h)* il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è regolato da contratto di diritto privato a termine, quinquennale, rinnovabile. Il direttore generale della unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera è nominato dalla giunta regionale o provinciale, su proposta del consiglio di amministrazione, il quale lo individua, previo avviso pubblico, con provvedimento motivato quanto ai criteri seguiti nella scelta, tra gli iscritti in apposito elenco nazionale formato da una commissione nominata con decreto del Ministro della sanità e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, designato dal presidente del Consiglio di Stato, che la presiede e da altri quattro membri, dei quali uno designato dal Presidente del Consiglio dei ministri, uno designato dal presidente del CNEL e due individuati dal Ministro della sanità tra soggetti esterni all'amministrazione statale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari. La composizione della commissione assicura plu-

ralità di competenze. La commissione provvede alla costituzione e all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di rigorosa verifica dei requisiti. All'elenco nazionale possono accedere candidati in possesso del diploma di laurea che abbiano svolto per almeno cinque anni, con dimostrato esito positivo, qualificata attività professionale di direzione in aziende pubbliche o private di media o grande dimensione o in enti pubblici e strutture pubbliche o in amministrazioni dello Stato. Oltre ai requisiti sopra indicati è da ritenersi preferenziale il possesso di titolo di specializzazione o perfezionamento post-universitario in gestione e organizzazione sanitaria riconosciuto valido dalla commissione scientifica di cui al comma 3. A partire dal 1° gennaio 1992 possono accedere all'elenco nazionale le persone che, oltre ai requisiti sopra indicati, abbiano frequentato con esito positivo gli appositi corsi di formazione superiore, all'uopo organizzati nel rispetto dei criteri indicati al comma 3;

i) il collegio dei revisori è composto da un rappresentante della regione, con funzioni di presidente, da un membro designato dal consiglio di amministrazione, scelto tra gli iscritti all'albo dei revisori dei conti, e da un funzionario del Ministero del tesoro. Con lo stesso criterio sono nominati i membri supplenti.

3. Presso le istituzioni universitarie e presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione si svolgono corsi di alta formazione e di aggiornamento di quadri e dirigenti amministrativi e sanitari del Servizio sanitario nazionale secondo un programma definito entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con uno o più decreti del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio universitario nazionale. Il programma formativo prevede anche i titoli per l'ammissione a detti corsi e i relativi *curricula* didattici, secondo le esigenze del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto dei vigenti ordinamenti universitari. L'orga-

nizzazione dei corsi è oggetto di specifiche convenzioni, da stipularsi tra il Ministro della sanità e singole istituzioni universitarie, di ricerca o di formazione superiore pubbliche e private, anche tra loro consorziate o collegate, riconosciute idonee da una apposita commissione scientifica, nominata dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, della quale fanno parte esperti in discipline attinenti all'organizzazione e all'amministrazione sanitaria e alla metodologia didattica. L'attività didattica va strutturata in distinti indirizzi che tengano conto della natura complessa delle competenze del Servizio sanitario nazionale. Almeno un corso all'anno deve, comunque, essere realizzato dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione. A tal fine un dirigente generale del Ministero della sanità è collocato fuori ruolo presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione con lo specifico compito di coordinare le attività amministrative connesse all'organizzazione dei corsi.

#### Art. 5.

##### *(Distretto sanitario di base)*

1. Il distretto socio-sanitario di base è l'articolazione tecnico-funzionale dell'unità sanitaria locale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento attraverso il coordinamento delle prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica di base, di guardia medica territoriale, dei consultori, infermieristica ambulatoriale e domiciliare con i servizi sociali di territorio.

2. Il piano sanitario nazionale e il piano sanitario regionale possono ampliare la serie delle prestazioni da erogarsi in sede distrettuale.

3. L'unità sanitaria locale, oltre a garantire le prestazioni di cui al comma 1, assicura:

a) il collegamento fra le attività distrettuali e le attività specialistiche;

b) l'adozione di iniziative di promozione di interventi per l'educazione sanitaria,

la prevenzione, il corretto uso dei servizi sanitari;

c) la raccolta di informazioni, anche di carattere epidemiologico, dirette a favorire la conoscenza dei bisogni e della domanda di salute della popolazione, a valutare l'efficienza dei servizi e l'efficacia degli interventi sia in gestione diretta che a convenzione;

d) il collegamento con le associazioni di volontariato presenti sul territorio;

e) l'integrazione con i servizi sociali sul territorio, garantendo i necessari collegamenti in modo da assicurare la globalità della prestazione medesima.

4. Per le finalità di cui alla lettera e) del comma 3 è rimessa alla legge regionale di riorganizzazione delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 4, comma 1, l'istituzione nelle unità sanitarie locali del servizio sociale, cui preporre un assistente sociale coordinatore con almeno 10 anni di servizio prestato presso strutture pubbliche ed in possesso di comprovata esperienza.

#### Art. 6.

##### *(Aziende ospedaliere di alta specialità)*

1. Le regioni e le province autonome, entro il termine perentorio di centoventi giorni dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, costituiscono in azienda speciale, con personalità giuridica e con struttura organizzativa autonoma, gli ospedali sedi di strutture di alta specialità.

2. Possono essere individuati come ospedali di alta specialità quelli che dispongono di tutte le caratteristiche seguenti:

a) la presenza di una o più strutture di alta specialità, secondo la specificazione fornita nel decreto del Ministro della sanità emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

b) la presenza, all'interno di ciascuna struttura di alta specialità, di tutti i servizi indicati come dotazione obbligatoria nel decreto ministeriale di cui alla lettera a);

c) l'organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di

tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità;

d) la disponibilità di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato secondo gli *standards* definiti nel decreto ministeriale di cui alla lettera a);

e) la disponibilità di dotazioni tecnologiche adeguate al rilievo di alta specialità della struttura, secondo le caratteristiche specifiche minime obbligatorie indicate nel decreto ministeriale di cui alla lettera a);

f) il conseguimento di un livello di attività di alta specialità non inferiore in ciascun anno allo *standard* minimo indicato nel decreto ministeriale di cui alla lettera a). In prima applicazione, il requisito di attività riferito al triennio precedente può essere limitato ad almeno i due terzi dello *standard* prescritto, con obbligo di conseguire il rispetto dello *standard* entro e non oltre il biennio successivo, pena la revoca della individuazione come ospedale di alta specialità e la riassunzione della condizione di presidio ospedaliero della unità sanitaria locale. La revoca è disposta con la stessa procedura prevista per la costituzione in azienda speciale.

3. Data la valenza interregionale delle attività di alta specialità, nelle more dell'approvazione del piano sanitario nazionale, al quale l'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, demanda l'individuazione delle strutture di alta specialità, l'individuazione degli ospedali di alta specialità da costituire in azienda ospedaliera autonoma, è effettuata con decreto del Ministro della sanità, in applicazione del parere espresso in materia dal Consiglio superiore di sanità e dei criteri indicati al comma 2. Nelle successive applicazioni la individuazione degli ospedali di alta specialità ai fini della presente legge è riservata esclusivamente al piano sanitario nazionale.

4. Per soddisfare le esigenze di alta specialità previste dalla programmazione sanitaria nel rispetto dei bacini di utenza fissati dal decreto ministeriale di cui al comma 2, lettera a), è consentita la convenzione tra il Servizio sanitario nazionale e le istituzioni ospedaliere private di alta specialità in possesso dei requisiti prescritti dal



decreto del Ministro della sanità. La convenzione, da stipulare sulla base di appositi schemi tipo emanati con decreto del Ministro della sanità, deve assicurare *standards* assistenziali e livelli di attività non inferiori a quelli prescritti per le istituzioni pubbliche di alta specialità.

5. Nel termine perentorio indicato al comma 1 le regioni e le province autonome indicano gli ospedali da trasformare o da sopprimere in attuazione del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, e dei principi di cui all'articolo 16, comma 1, della presente legge e provvedono alla nomina dei consigli di amministrazione delle aziende ospedaliere autonome. Entro il termine perentorio di sessanta giorni dalla data di nomina dei consigli di amministrazione le regioni e le province autonome, sulla proposta dei consigli di amministrazione medesimi, provvedono alla nomina del direttore generale di ciascuna azienda ospedaliera. L'autonomia gestionale delle singole aziende ospedaliere diviene effettiva con l'immissione nelle funzioni del direttore generale. Le attività degli ospedali di alta specialità sono esercitate anche in coerenza con gli obiettivi e gli indirizzi della programmazione regionale relativamente alla attività svolta fuori dalle sedi ospedaliere.

6. In caso di mancato adempimento entro il termine indicato, il Ministro della sanità esercita le funzioni sostitutive ai sensi dell'articolo 19; per quanto concerne la mancata costituzione degli organi dell'azienda ospedaliera autonoma, il Ministro con proprio decreto nomina un commissario straordinario che resta in carica con i poteri degli organi mancanti fino alla loro regolare costituzione.

7. Gli altri ospedali pubblici conservano la natura di presidi delle unità sanitarie locali, con obbligo di prevedere il direttore sanitario e l'esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali essi sono ricompresi in un solo presidio ai fini funzionali ed è previsto il direttore sanitario del presidio

che esercita le funzioni indicate dall'articolo 4, comma 2, lettera g), per il direttore sanitario dell'azienda ospedaliera. La legge regionale di cui all'articolo 4, comma 1, detta i principi di organizzazione degli ospedali in attuazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle disposizioni di cui all'articolo 16, comma 1, della presente legge, attribuendo agli stessi, anche per le funzioni di ricerca e di didattica, ampia autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale e disciplinando il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge regionale, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

8. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, nonchè gli istituti e gli enti che esercitano l'assistenza ospedaliera, di cui agli articoli 40 e 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Gli stessi adeguano il proprio regolamento organico del personale ai principi della presente legge, nonchè dei decreti legislativi previsti dall'articolo 12.

#### Art. 7.

##### *(Aziende speciali ospedaliere)*

1. Le regioni e le province autonome, attraverso i piani sanitari regionali e provinciali, sentito il Consiglio sanitario nazionale e previo parere del CIPE, possono individuare gli ospedali che, per la complessità tecnica o tecnologica delle attività specialistiche svolte e dei servizi resi e prestando almeno il 50 per cento della propria attività di ricovero in favore di cittadini di unità sanitarie locali diverse da quelle di localizzazione sul territorio provinciale, vengono costituiti in aziende speciali ospedaliere; in questo caso si applicano le norme sugli organi e sull'attività di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 6. La perdita delle caratteristi-

che strutturali e dell'attività prima richiamate comporta la revoca dell'autonomia aziendale. Alle esigenze finanziarie degli ospedali dichiarati aziende speciali ospedaliere provvedono le regioni e le province autonome nell'ambito delle quote del fondo sanitario interregionale ricevute, senza diritto ad alcuna integrazione di finanziamento. Gli eventuali disavanzi di tali aziende ospedaliere gravano sulle regioni o province autonome di riferimento ed in caso di mancato ripiano si dà luogo alla immediata revoca dell'autonomia aziendale. È abrogata la lettera *d*) del secondo comma dell'articolo 18 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 8.

*(Istituti a carattere scientifico, policlinici, enti di ricerca, istituti zooprofilattici sperimentali e ospedali militari)*

1. Ferme restando le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico, di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono riordinati come aziende pubbliche di servizio dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Il riordinamento è disposto con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con il procedimento di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, tenendo presenti, in quanto applicabili, i principi di cui alla presente legge. Con lo stesso decreto è previsto il collegamento degli istituti con il Servizio sanitario nazionale, le università e gli altri enti ed organismi con lo stesso correlati mediante apposite distinte convenzioni, fissandone i caratteri ed i termini, ivi compresi i poteri sostitutivi statali ai sensi dell'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Ferme restando le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale ed il raccordo con gli obiettivi

del piano sanitario nazionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riordinano i propri ordinamenti uniformandosi alle disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica previsto al comma 1, in quanto applicabili, nel rispetto dell'autonomia giuridico-amministrativa di cui godono. I rapporti con il Servizio sanitario nazionale e gli altri enti ed organismi con lo stesso correlati sono disciplinati con apposite convenzioni da stipulare in conformità a quanto disposto al comma 1.

3. I rapporti tra le università che gestiscono direttamente policlinici universitari, cliniche e istituti universitari di ricovero e cura e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate per ciascun policlinico tra le regioni e le province autonome e le università medesime, rappresentate dal rettore che si avvale dell'organo di gestione del policlinico di cui all'articolo 18 della legge 9 dicembre 1985, n. 705. Le convenzioni sono stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le regioni o province autonome e le università interessate.

4. I rapporti concernenti le cliniche universitarie, le divisioni, i servizi a direzione universitaria operanti all'interno di ospedali pubblici, nonché gli enti di ricerca di cui all'articolo 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono disciplinati esclusivamente da convenzioni stipulate, sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale, con le regioni o province autonome in conformità a schemi tipo di convenzione approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'uni-

versità e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sentite, rispettivamente, la regione o provincia autonoma e l'università interessata.

5. Fino all'emanazione degli schemi tipo delle convenzioni di cui ai commi 3 e 4, per tutti i presidi di cui al presente articolo si utilizzano gli schemi tipo in vigore alla data di entrata in vigore della presente legge.

6. I rapporti tra gli istituti zooprofilattici sperimentali e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate con le regioni o le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di schemi tipo di convenzione approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'agricoltura e delle foreste e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la convenzione è stipulata dal Ministro della sanità con l'assistenza della regione o della provincia autonoma interessata.

7. I rapporti tra gli ospedali militari e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale per ciascun ospedale tra le regioni o le province autonome e gli ospedali medesimi, rappresentati dal direttore. Le convenzioni sono stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro della difesa, sentite le regioni o province autonome e gli ospedali militari interessati.

8. In attesa del riordinamento dei policlinici universitari, il cui regime gestionale e patrimoniale è esercitato, nell'ambito dell'autonomia finanziaria e contabile delle università, in forma distinta e separata, il Servizio sanitario nazionale assicura ai policlinici universitari a gestione diretta, alle cliniche e agli istituti universitari di ricovero e cura, per quanto concerne l'assistenza sanitaria, l'equivalente finanziario di tutte le spese di gestione di un ospedale di alta specializzazione di pari livello assistenziale, sulla base degli *standards* di cui al decreto del Ministro della sanità in data 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988, per quanto concerne il personale, e dei criteri di finanziamento delle attività ospedaliere adottati in ambito regionale o provinciale, per le restanti funzioni di spesa. I costi dell'attività di didattica e di ricerca dei policlinici restano a carico delle università. Si estendono ai policlinici universitari a gestione diretta, alle cliniche e agli istituti universitari di ricovero e cura e alle divisioni e servizi ospedalieri a direzione universitaria le norme concernenti la istituzione di camere a pagamento e l'esercizio della libera professione intramuraria di cui all'articolo 16, comma 3. Negli organismi collegiali professionali degli ospedali con divisioni ospedaliere e con servizi a direzione universitaria va assicurata una proporzionale presenza di personale universitario.

9. Le istituzioni di cui al presente articolo e l'Istituto superiore di sanità possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva, determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, in sede di definizione delle disponibilità per i mutui.

#### Art. 9.

*(Servizi e presidi multizonali di prevenzione)*

1. Entro il termine perentorio indicato dall'articolo 4, comma 1, le regioni e le

province autonome riorganizzano i presidi multizonali di prevenzione ed i servizi delle unità sanitarie locali avendo riguardo ai seguenti principi:

a) ai servizi delle unità sanitarie locali sono attribuite le funzioni di controllo, tutela, prevenzione e coordinamento di cui agli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833; essi sono organizzati in dipartimento di prevenzione, articolato almeno per le funzioni di prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, medicina del lavoro, igiene e sanità pubblica, igiene e sanità pubblica veterinaria anche in riferimento agli alimenti di origine animale;

b) ai presidi multizonali di prevenzione di cui all'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono attribuiti compiti di coordinamento tecnico, di consulenza e di supporto delle funzioni delle unità sanitarie locali in materia di prevenzione o di ulteriore specializzazione secondo gli indirizzi della programmazione regionale;

c) il riferimento territoriale dei presidi è di norma provinciale: tale delimitazione può comunque essere modificata dalla regione sulla base di particolari caratteristiche del territorio;

d) i servizi di sanità pubblica veterinaria possono assumere carattere multizonale in considerazione della tipologia delle attività produttive, delle caratteristiche degli impianti, dei problemi di zooprofilassi, della incidenza delle zoonosi e della vigilanza alimentare;

e) i presidi multizonali sono attribuiti alla responsabilità gestionale di una unità sanitaria locale, individuata dalla regione o dalla provincia autonoma. Essi godono comunque di autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio della unità sanitaria locale con esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale;

f) i presidi multizonali di prevenzione e i dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali sono coordinati tra di loro ai fini della necessaria integrazione per alcune tipologie di intervento e della scelta

delle priorità, ferma restando l'autonomia di ciascun presidio e servizio;

g) i presidi multizonali di prevenzione svolgono attività di analisi sulla base di programmi regionali o a richiesta delle unità sanitarie locali e a supporto delle loro attività istituzionali, a richiesta dei comuni, delle province o di altre amministrazioni pubbliche interessate e per conto del Ministero dell'ambiente. I presidi multizonali di prevenzione, per convenzione tra l'unità sanitaria locale e la provincia, possono essere integrati nell'attuazione di programmi di igiene e profilassi pubblica attribuiti alle province;

h) le dotazioni organiche dei presidi e dei servizi sono definite in base a *standards* minimi che ne assicurino la funzionalità;

i) devono essere determinati *standards* di funzionamento con riferimento ad indicatori di processo e di risultato idonei alla programmazione e alla verifica dell'attività;

l) in sede di riparto alle unità sanitarie locali del fondo interregionale vanno individuate, sia per la parte corrente che per quella in conto capitale, quote finalizzate da destinare al potenziamento strutturale od organizzativo dei servizi e presidi di prevenzione.

#### Art. 10.

##### (Sperimentazioni e concessione di opere e di servizi)

1. Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza, sono consentite, in deroga alle normative vigenti, ad iniziativa delle regioni, delle province autonome, delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli organismi di cui all'articolo 8 oppure del Ministero della sanità d'intesa con gli organismi interessati, sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, consorzi e società di servizi, nonché sperimentazioni di fruizione indiretta di livelli di assistenza sanitaria a tariffe predefinite e sperimentazioni di modelli che



associano l'insegnamento universitario post-laurea, la ricerca e la formazione del personale in complessi realizzati e gestiti anche da imprenditori non pubblici. Le sperimentazioni sono condotte nel rispetto dell'autonomia decisionale dei cittadini e in conformità ad un protocollo di sperimentazione.

2. Nel protocollo sono specificati i requisiti della sperimentazione relativi all'oggetto, alla durata, ai luoghi, alle modalità di esecuzione, ai controlli, ai criteri di valutazione, alle intese delle parti che partecipano alla sperimentazione ivi comprese le opzioni dei cittadini. Le sperimentazioni sono rese operative con decreto del Ministro della sanità.

3. Il Ministero della sanità, le regioni, le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di cui all'articolo 8 possono utilizzare per lo svolgimento delle sperimentazioni, nonché per i propri compiti istituzionali non attinenti a funzioni sanitarie, l'istituto della concessione sia di opere che di servizi, motivando nel provvedimento di concessione le ragioni di convenienza e gli elementi di garanzia che supportano la decisione; a tal fine le regioni possono, altresì, dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

#### Art. 11.

*(Convenzioni e ricorso  
a strutture private non convenzionate)*

1. La programmazione da parte delle regioni e delle unità sanitarie locali dei rapporti convenzionali per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale è ispirata ai seguenti principi:

a) le regioni che attualmente non soddisfano almeno il 50 per cento della domanda in strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente sono tenute a conseguire l'anzidetto livello, salvo ogni eventuale ulteriore incremento. Deve essere, comunque, garantito il massimo utilizzo, nell'arco dell'intera giornata, delle strutture pubbliche;

b) la quota residua va utilizzata, in

rapporto alle condizioni locali, nel rispetto dei criteri indicati dall'articolo 9, lettera d), della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Le istituzioni sanitarie private che erogano esclusivamente prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico di analisi chimico-cliniche, di diagnostica strumentale, di diagnostica per immagini, terapia fisica e radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e *in vitro* sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e possono essere gestite da persone fisiche o giuridiche. Esse devono avere un direttore sanitario che risponda personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera. La branca di radiologia ha un direttore tecnico di branca medico specialista radiologo e la branca di laboratorio un direttore di branca medico, biologo o chimico. Nel caso di struttura monospécialistica la direzione è espletata dal direttore tecnico di branca. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sono determinati i parametri minimi necessari per quanto attiene alla dotazione di personale, che deve essere prevalentemente sanitario, di attrezzature, e alle caratteristiche organizzativo-strumentali cui devono conformarsi le istituzioni di cui al presente comma, anche per l'accesso al convenzionamento di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché gli ambulatori degli specialisti, anche per l'accesso al convenzionamento di cui al numero 2) del terzo comma dell'articolo 48 della stessa legge. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso le proprie leggi di programmazione sanitaria, nel conseguente riordino delle citate convenzioni dovranno tener conto, per quanto riguarda le istituzioni convenzionate ai sensi dell'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, della tipologia e dell'inquadramento di tali prestazioni nell'ambito

di strutture complesse o poliambulatoriali. Le istituzioni sanitarie possono stipulare con il Servizio sanitario nazionale le convenzioni ai sensi dell'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, secondo schemi tipo da adottarsi con decreto del Ministro della sanità entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, per quanto non disciplinato dalle disposizioni delle leggi 31 maggio 1965, n. 575, 13 settembre 1982, n. 646, e 23 dicembre 1982, n. 936.

3. Per quanto concerne le prestazioni connesse a tecnologie innovative, individuate dal Ministro della sanità e, in prima applicazione, con riferimento alla tomografia assiale computerizzata e alla risonanza magnetica nucleare, le regioni e le province autonome sono tenute a potenziare le strutture a gestione diretta considerando tra le priorità del piano straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, questo impegno e utilizzando allo scopo le relative disponibilità finanziarie. In caso di impossibilità per il Servizio sanitario nazionale di soddisfare le richieste dei cittadini attraverso le proprie strutture o quelle convenzionate entro i termini di cui all'articolo 19, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, da certificare sulla richiesta di prestazione, il cittadino può effettuare le prestazioni stesse presso strutture private non convenzionate, purchè in possesso delle prescritte autorizzazioni sanitarie e in questo caso i cittadini hanno diritto al rimborso di un importo pari alla tariffa della medesima prestazione convenzionata o, per le prestazioni non previste dalla convenzione, alla tariffa definita dal Ministro della sanità, al netto del *ticket*, dietro esibizione della ricevuta fiscale di avvenuto pagamento. Si applicano anche per questa modalità assistenziale le esenzioni dal pagamento del *ticket*. Gli esenti per reddito possono, se la struttura privata ne dichiara l'accettazione, delegare la stessa a riscuotere il rimborso spettante.

4. Il rapporto di lavoro del personale che opera nelle istituzioni private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale deve

essere disciplinato da specifico contratto collettivo di lavoro.

5. Al fine di rendere effettiva ed operante la funzione della medicina generale nella assistenza sanitaria di base e negli altri interventi di tutela della salute demandati al livello territoriale, gli accordi collettivi di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono prevedere, ad integrazione di quanto fissato dal terzo comma dello stesso articolo 48, norme rivolte a disciplinare:

a) la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale con i servizi e le attività degli altri livelli operativi del servizio sanitario;

b) le forme di partecipazione attiva al complesso delle funzioni demandate al livello distrettuale, anche con riguardo all'attuazione dei progetti-obiettivo e allo svolgimento di ricerche sanitarie territoriali;

c) gli *standards* strutturali e organizzativi degli studi in relazione agli obiettivi di qualificazione dell'assistenza e di agevolazione della fruizione delle prestazioni;

d) le forme di incentivazione in rapporto al programmato contenimento della spesa sanitaria, salvaguardando il livello di qualità dell'assistenza erogata e promuovendo azioni mirate alla qualità nei servizi;

e) le modalità di partecipazione alle rilevazioni del sistema informativo sanitario anche ai fini della partecipazione ai programmi di verifica e di promozione della qualità delle prestazioni;

f) la determinazione di un limite di età per la cessazione dal rapporto convenzionale, nonché l'entità del compenso per le visite occasionali.

## Art. 12.

### *(Personale dipendente)*

1. Il rapporto di lavoro del personale dipendente dalle unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dagli istituti di cui all'articolo 8, comma 1, è regolato da accordi sindacali che ne disciplinano, fatto salvo quanto previsto dai decreti legislativi

di cui al comma 5 del presente articolo, ed a decorrere dalla data di entrata in vigore degli stessi, gli istituti relativi agli aspetti normativi e retributivi, in deroga agli articoli 2, 3, 5, 9, 11, 12 e 15 della legge 29 marzo 1983, n. 93, e alle norme del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3.

2. A partire dalla data di entrata in vigore degli accordi sindacali previsti dal comma 1 cessano di avere efficacia le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

3. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro, il quale è incompatibile con altre attività o rapporti intercorrenti con strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, con esclusione delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio. In sede di primo accordo di lavoro, stipulato ai sensi della presente legge, sono definite le modalità di attuazione delle incompatibilità.

4. In deroga alle vigenti disposizioni, per particolari comprovate esigenze di funzionalità e per l'attuazione dei progetti-obiettivo previsti dal piano sanitario nazionale, è consentito assumere personale dirigente in possesso di adeguata e specifica professionalità, con contratto individuale a termine di durata non superiore a quello del direttore generale, rinnovabile sino al conseguimento degli obiettivi del progetto o al superamento delle esigenze funzionali.

5. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, previa consultazione delle regioni, dell'ANCI, delle confederazioni sindacali e delle associazioni sindacali di categoria più rappresentative, uno o più decreti legislativi che dettino i principi per la regolamentazione dei servizi, ivi compresi i reparti di degenza e cura, la strutturazione della dirigenza e le relative attribuzioni, il reclutamento e l'aggiornamento professionale del personale, le modalità di selezione e di preposizione alle funzioni di responsabilità, la sospensione e

l'interruzione del rapporto di lavoro, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) i regolamenti di organizzazione delle strutture di cui al comma 1 devono rispondere a criteri di funzionalità, di snellezza e di flessibilità, garantendo la mobilità del personale all'interno delle strutture nel rispetto delle competenze professionali;

b) è individuata un'area funzionale della dirigenza articolata per ruoli: medico, amministrativo e dei professionisti laureati, da negoziare distintamente nel quadro della contrattazione collettiva, all'interno della quale trovino armonica applicazione il principio della responsabilità personale in relazione alle funzioni attribuite e l'esigenza di assicurare unitarietà nel governo dei presidi e dei servizi;

c) le procedure di reclutamento del personale sono dirette alla valutazione delle attitudini e delle conoscenze dei candidati mediante prove selettive, anche in deroga all'articolo 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56. Sono fatte salve le assunzioni dirette di cui al comma 4 del presente articolo;

d) l'aggiornamento professionale obbligatorio del personale è finalizzato alla preparazione tecnica specifica della funzione nonché agli obiettivi della programmazione sanitaria ed è collegato ad incentivi di natura giuridica ed economica da definire nell'ambito della contrattazione;

e) la dirigenza è articolata in due livelli. L'accesso al primo livello avviene per concorso riservato a coloro che abbiano conseguito la laurea nonché la specializzazione attinente al posto messo a concorso ovvero abbiano conseguito la laurea ed abbiano svolto per almeno cinque anni presso strutture pubbliche e, per i medici, presso strutture sanitarie pubbliche, una attività di tirocinio o di formazione comunque retribuita. L'accesso al secondo livello avviene previo avviso pubblico e comporta l'attribuzione, con incarico quinquennale rinnovabile previa periodica verifica del positivo espletamento dell'incarico da effettuarsi dagli organismi tecnici di seguito indicati, di funzioni apicali o di funzioni di

coordinamento di strutture dipartimentali. I provvedimenti sono adottati dal direttore generale e sottoposti all'approvazione della giunta regionale; ad essi deve essere allegato l'obbligatorio preventivo parere di organismi tecnici composti da esperti esterni alla unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera, sorteggiati fra i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, aventi competenze professionali omogenee a quelle del dirigente da valutare. La preposizione a tutte le funzioni apicali presuppone il possesso di specifiche nuove idoneità, da acquisire mediante selezione nazionale per titoli ed esami, secondo modalità da individuare con il decreto legislativo e comporta l'assunzione delle funzioni di direzione e delle connesse responsabilità, con particolare riguardo agli aspetti attinenti all'impiego delle risorse umane, strumentali e finanziarie;

f) all'attività di tirocinio e di formazione si accede mediante prova selettiva secondo le direttive CEE in materia. Il numero complessivo dei medici da ammettere al tirocinio per ciascuna azienda sarà determinato tenuto conto della programmazione regionale in relazione alle esigenze funzionali;

g) sono previste norme per le procedure di sospensione e di interruzione del rapporto di lavoro, secondo giusta causa, privilegiando il principio della salvaguardia della funzionalità dei servizi;

h) l'opzione per cessare dalla incompatibilità di cui al comma 3 va esercitata, in relazione a situazioni pregresse, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo. I rapporti di lavoro dei medici inquadrati ai sensi dell'articolo 110 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, e del decreto del Ministro della sanità 18 novembre 1987, n. 503, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 10 dicembre 1987, in essere alla data del 30 dicembre 1990, sono confermati ad esaurimento;

i) è prevista, per il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali, la possibilità di optare in prima applicazione della legge per il rapporto quinquennale

rinnovabile di cui alla lettera *e*), come definito in sede di primo accordo di lavoro stipulato ai sensi della presente legge, con trattamento economico differenziato.

6. Gli accordi nazionali sono stipulati tra la delegazione pubblica e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale della sanità e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei settori dell'area dirigenziale di cui al comma 5, lettera *b*). Gli accordi nazionali fissano le materie di competenza ed i livelli della contrattazione decentrata, comprendendovi in particolare la contrattazione relativa agli incentivi di produttività. Per il contratto nazionale la delegazione pubblica, istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è costituita dai Ministri della sanità, del tesoro e per la funzione pubblica o loro delegati, nonché da cinque direttori generali di unità sanitarie locali o di aziende ospedaliere e da cinque rappresentanti delle regioni e delle province autonome su proposta della Conferenza. La stessa delegazione è competente per la stipula degli accordi collettivi nazionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Gli accordi collettivi di lavoro e le convenzioni sono conclusi contestualmente nell'ambito delle compatibilità generali in coerenza con le linee della programmazione sanitaria nazionale. Le trattative per la conclusione del primo contratto collettivo e del primo rinnovo degli accordi convenzionali sono definite entro sei mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 5.

7. Fino alla data di entrata in vigore degli accordi sindacali di cui al comma 1 non possono essere fatte assunzioni a tempo definito secondo l'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nè essere accolte domande di passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno al rapporto di lavoro a tempo definito.

8. I concorsi banditi dalle regioni, dalle province autonome e dalle unità sanitarie locali alla data di entrata in vigore della presente legge sono considerati validi a tutti gli effetti.



## Art. 13.

*(Regime dei controlli)*

1. Nel Servizio sanitario nazionale è introdotto un sistema di verifiche a livello nazionale basato su indicatori di risultato e di qualità delle prestazioni. Con atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti i moduli informativi del sistema nazionale di verifiche sulla base dei seguenti principi:

a) rilevazione sistematica dei dati relativi al personale, alle prestazioni extraospedaliere, ai ricoveri ospedalieri in funzione della casistica trattata, all'acquisto di beni e servizi e ai consumi per le analisi dell'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie e ai connessi oneri finanziari;

b) elaborazione di sintesi esplicative e comunicazione delle stesse agli interessati per fini di autovalutazione nonché alle commissioni professionali previste dai contratti e dalle convenzioni per la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni;

c) verifica annuale congiunta da parte dell'amministrazione centrale e delle singole regioni o province autonome della variabilità relativa dei principali indicatori di risultato in funzione della definizione concordata di piani di intervento per riportare i valori stessi entro livelli di accettabilità, al cui conseguimento legare la concessione degli incentivi di produttività per progetti finalizzati. I piani sono attuati con il concorso degli ispettorati regionali e dei nuclei di intervento di cui all'articolo 4 della legge 1° febbraio 1989, n. 37. A tal fine il personale addetto viene specializzato in tecniche di analisi e di revisione organizzativa. Per gli scopi anzidetti quote adeguate del fondo sanitario interregionale sono destinate al potenziamento del sistema informativo gestionale delle singole unità sanitarie locali e aziende ospedaliere.

2. Data la funzione di servizio pubblico del sistema informativo sanitario, le attività di realizzazione del medesimo possono essere affidate in concessione a società

specializzate, in coerenza con quanto previsto all'articolo 10.

3. Gli atti dei consigli di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono sottoposti al controllo della giunta regionale o provinciale delle province autonome di Trento e di Bolzano. Gli atti del direttore generale che abbiano ad oggetto la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa del personale, l'inquadramento e la preposizione alle funzioni apicali, l'approvazione di programmi di spesa poliennali ovvero l'acquisto di beni o servizi comportanti una spesa superiore al 5 per cento del complesso degli stanziamenti del bilancio di previsione riferiti a tale funzione di spesa sono sottoposti al controllo preventivo di legittimità da parte del comitato regionale di controllo di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142. Tutti gli altri atti del direttore generale si intendono esecutivi decorsi quindici giorni dalla data di trasmissione al collegio dei revisori senza che l'organo abbia chiesto il riesame dell'atto. Gli atti approvati dalla giunta regionale e dal comitato regionale di controllo diventano definitivi senza ulteriori riscontri, e comunque trascorsi venti giorni dalla data di ricezione. È abrogato il primo comma dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181.

4. Le regioni, le province autonome, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere effettuano il controllo di gestione anche mediante società specializzate di revisione.

5. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere garantiscono annualmente lo svolgimento di programmi di verifica e revisione della qualità tecnico-scientifica ed umana dell'attività assistenziale, ad opera di apposite commissioni professionali. Le verifiche compiute devono assicurare la riservatezza sulla attività dei singoli operatori professionali. Devono essere rese pubbliche le risultanze relative alla attività assistenziale.

6. Il Ministro della sanità riferisce sullo svolgimento e sui risultati dei controlli di gestione in sede di presentazione annuale al

Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese.

7. In caso di inottemperanza delle unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni derivanti da atti di indirizzo e coordinamento, le regioni e le province autonome, previa diffida, adottano attraverso i comitati regionali di controllo i provvedimenti necessari anche mediante l'invio di appositi commissari. In caso di inottemperanza delle regioni, delle province autonome e delle città metropolitane agli obblighi imposti dalla presente legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

8. Qualora ricorrano gravi motivi o la gestione di una unità sanitaria locale o di una azienda ospedaliera presenti una situazione di grave disavanzo per due esercizi consecutivi, con decreto del presidente della giunta regionale, sentito il consiglio di amministrazione, si può procedere allo scioglimento del consiglio di amministrazione, alla revoca del direttore generale e alla nomina di un commissario straordinario.

#### Art. 14.

##### *(Gestione del patrimonio)*

1. I beni immobili e patrimoniali che alla data di entrata in vigore della presente legge sono destinati all'esercizio delle attività istituzionali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono trasferiti, insieme agli eventuali gravami passivi, al patrimonio del soggetto istituzionale che esercita l'attività.

2. I beni immobili e patrimoniali diversi da quelli indicati al comma 1, pervenuti agli enti locali per effetto di scorpori o soppressione di enti ai sensi della lettera *a*) del terzo comma dell'articolo 61, del primo comma dell'articolo 65, come sostituito dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, e delle lettere *a*) e *b*) del primo comma dell'articolo 66 della legge 23 dicembre

1978, n. 833, sono trasferiti alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere nel rispetto dei titoli originari di proprietà e sono amministrati dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere stesse, sulla base di atti di indirizzo emanati dalla giunta regionale, rispettando gli eventuali vincoli di scopo e di destinazione degli utili secondo gli atti originari di acquisizione.

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, che abbiano ad oggetto beni immobili con la specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali. La stipula dell'atto è effettuata dall'ufficiale rogante all'uopo nominato dal direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera senza spese a carico del donante. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno facoltà di assumere provvisoriamente, prima dell'accettazione, gli oneri della custodia, conservazione e manutenzione dei beni di cui al comma 1, fatta salva, in caso di mancato perfezionamento della donazione, la rivalsa nei confronti degli obbligati. I beni oggetto della donazione non possono essere destinati a scopi diversi da quelli indicati nell'atto di donazione.

#### Art. 15.

##### *(Partecipazione e diritti dei cittadini)*

1. Al fine di realizzare la personalizzazione e l'umanizzazione dei servizi sanitari, costituiscono obbligo per il Servizio sanitario nazionale:

- a) l'attivazione di un efficace sistema di informazione al pubblico;
- b) l'adozione del sistema della prenotazione oraria;
- c) la garanzia per i cittadini di poter comunicare con gli amministratori e con i funzionari competenti per materia;
- d) la costituzione di comitati per la tutela dei diritti dei cittadini;
- e) la definizione, anche mediante l'armonizzazione di quelle adottate in sede

locale, di carte dei diritti del cittadino malato.

2. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti i criteri per l'attuazione del comma 1 per rendere effettive e concrete le garanzie previste dalle normative vigenti in favore dei cittadini e dei malati.

3. Nel quadro della tutela dei diritti del cittadino malato, il divieto di fumare previsto dalla legge 11 novembre 1975, n. 584, è esteso a tutti gli ambienti delle strutture sanitarie pubbliche e private.

4. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'applicazione dei principi enunciati al comma 1.

#### Art. 16.

*(Misure diverse connesse  
alla manovra finanziaria)*

1. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti gli indirizzi ai quali le regioni e le province autonome devono uniformarsi nel processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri, in attuazione del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, nonché nel processo di riorganizzazione dei servizi territoriali e di integrazione degli stessi con i servizi ospedalieri. L'atto di indirizzo e coordinamento deve uniformarsi ai seguenti principi:

a) promuovere ed agevolare il processo di riequilibrio territoriale nelle dotazioni strutturali, strumentali e di personale al fine di garantire l'uniformità di accesso e contenere le attese e la mobilità sanitaria ospedaliera;

b) eliminare le situazioni di diseconomia, rappresentate da eccesso di posti letto non utilizzati o dalla presenza di presidi che

uniscono ad una diseconomia di scala un modesto livello tecnologico, anche attraverso la chiusura o la riconversione degli ospedali che non raggiungono lo *standard* minimo di 120 posti letto;

c) prevedere, in caso di pluralità di stabilimenti ospedalieri con più di 120 posti letto ciascuno, ubicati nel territorio della unità sanitaria locale, la unificazione solo funzionale degli stessi in un unico presidio ospedaliero con l'esercizio unificato delle funzioni di direzione;

d) accrescere la produttività dei servizi diagnostici, delle attrezzature tecnologiche ad alto costo e dei complessi operatori, data la loro diretta influenza sulla durata delle degenze ospedaliere;

e) potenziare le attività di degenza a ciclo diurno, le forme di assistenza domiciliare integrata e di spedalità domiciliare quali modalità idonee a mantenere i cittadini nell'ambito della famiglia, riducendo nel contempo il ricorso alle strutture ospedaliere di degenza, particolarmente per quanto concerne le fasce degli anziani lungodegenti;

f) promuovere forme di integrazione dipartimentale entro l'ospedale e con i servizi territoriali allo scopo di garantire la continuità assistenziale e l'organicità degli interventi a tutela della salute dei cittadini, coinvolgendo tutte le competenze professionali opportune;

g) promuovere forme di controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate come metodo ordinario di perfezionamento progressivo del sistema e come modalità di coinvolgimento professionale degli operatori, con priorità per i processi innovativi che non comportano aumento dei costi;

h) sviluppare le misure di riorganizzazione della rete ospedaliera raccordandole unitariamente al processo di programmazione generale dei servizi, in coerenza con le indicazioni del piano sanitario nazionale e del piano sanitario regionale, dato il carattere unitario del processo di tutela della salute della popolazione;

i) promuovere la riorganizzazione dei servizi extraospedalieri e dei distretti sanita-

ri, al fine di razionalizzare gli interventi socio-sanitari finalizzati alla assistenza sanitaria di base, fissando gli *standards* di personale per la conseguente riarticolazione delle piante organiche delle unità sanitarie locali;

l) fissare termini perentori perchè sia garantito il sollecito e definito compimento dei provvedimenti di attuazione, alla cui disapplicazione ingiustificata collegare le ordinarie misure sostitutive previste dalle leggi vigenti;

m) organizzare e coordinare, secondo il modello dipartimentale, le strutture e il personale delle funzioni ospedaliere e territoriali dell'emergenza sanitaria assicurando, per i servizi territoriali, l'impiego prioritario di medici titolari di incarico di guardia medica che abbiano superato apposito corso formativo.

2. Gli *standards* di personale stabiliti dal decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988, sono determinati sulla base della riorganizzazione della rete ospedaliera come prevista dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 1. L'adeguamento delle situazioni in atto agli *standards* è realizzato progressivamente, tenendo conto dei ridimensionamenti in diminuzione e in aumento dei posti letto, della chiusura o della conversione degli ospedali di dimensioni inferiori a quelle minime consentite, del ricambio annuale del personale che cessa dal servizio e dello stato di realizzazione delle nuove opere, secondo programmi quinquennali di adeguamento, definiti dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, sentita la Conferenza.

3. All'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali a gestione diretta e convenzionati obbligatoriamente sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e una quota non superiore al 10 per cento dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento; in caso di mancata possibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti dalle unità sanitarie locali o

dalle aziende ospedaliere mediante convenzioni con case di cura o altre istituzioni di ricovero, dandone notizia alla regione o provincia autonoma e all'amministrazione centrale. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche in diretta gestione. Le regioni e le province autonome provvedono a dare attuazione al presente comma entro il termine perentorio di quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge; ove le regioni e le province autonome non provvedano nei predetti termini, provvede il Ministro della sanità su segnalazione del commissario del Governo.

4. Le disposizioni concernenti le modalità di assunzione del personale sanitario - profilo professionale medico, di cui al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982, e successive modificazioni ed integrazioni, si estendono ai laureati in odontoiatria.

5. A decorrere dall'esercizio finanziario 1991 le somme di cui alle lettere *b)*, *c)* ed *e)* del primo comma dell'articolo 69 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trattate dalle unità sanitarie locali, dalle regioni e dalle province autonome e sono totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente.

6. Per le esigenze dei servizi sociali del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità sono istituiti appositi capitoli nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

7. L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale e dipende dal Ministro della sanità. L'Istituto, nel rispetto delle finalità istituzionali previste dall'articolo 9 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è dotato di autonomia scientifica, organizzativa, finanziaria e contabile, come previsto per gli enti e le istituzioni pubbliche nazionali di ricerca a carattere non strumentale di cui alla legge 9 maggio 1989, n. 168. In accordo con i principi suddetti, il Governo è delega-



to ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo in sostituzione della legge 7 agosto 1973, n. 519.

8. L'Istituto superiore di sanità è autorizzato, in deroga alle disposizioni contenute nel decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155, e in attesa della riorganizzazione prevista dal comma 7, ad effettuare gestioni fuori bilancio, ai sensi della legge 7 agosto 1973, n. 519.

9. L'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro possono ricevere contributi da privati per lo svolgimento ed il coordinamento di programmi di ricerca a carattere nazionale e internazionale rientranti nei propri fini istituzionali, ovvero ricevere contributi straordinari per lo svolgimento della propria attività istituzionale alla cui promozione il soggetto erogante sia interessato.

10. Sono istituite le federazioni regionali degli ordini e le sezioni regionali degli ordini nazionali di cui all'articolo 1, comma 6, e dei collegi delle altre professioni sanitarie. Esse esprimono pareri alle regioni in materia di programmazione sanitaria e di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello regionale. Svolgono altresì i compiti ad esse affidati dalle norme di legge, dai contratti e dalle convenzioni nazionali. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per disciplinare la costituzione, i compiti ed il funzionamento delle federazioni e sezioni regionali medesime nel rispetto dei seguenti criteri:

a) disciplina dei rapporti funzionali ed istituzionali con gli ordini provinciali e quelli nazionali;

b) regolamentazione della nomina degli organi di gestione delle federazioni e delle sezioni regionali identificabili in un consiglio regionale e in un comitato direttivo, nonchè della durata degli organi per un periodo non superiore a cinque anni, a cui uniformare la durata degli organi degli ordini provinciali e nazionali;

c) applicazione al personale dipendente, ivi compreso quello degli ordini, dei collegi e delle relative federazioni nazionali, dei principi di cui all'articolo 12 della presente legge, in quanto compatibili.

11. Il Governo è delegato ad adottare, entro il medesimo termine di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi, per disciplinare i meccanismi elettorali delle federazioni, sezioni e collegi, secondo principi tendenti ad assicurare il pieno assolvimento delle finalità istituzionali degli stessi ordini e collegi, nonchè la salvaguardia della rappresentanza delle minoranze ed il diritto all'elettorato attivo e passivo di tutti gli iscritti ai relativi albi.

12. Il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per riordinare funzioni e attribuzioni e definire la conseguente organizzazione del Ministero della sanità, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare il coordinamento delle diverse funzioni del Ministero attraverso modelli dipartimentali, al fine di garantire il più efficace esercizio dei compiti di indirizzo, di programmazione, di informazione e di controllo, ivi compresi quelli derivanti dall'articolo 12 e quelli finalizzati alle attività di prevenzione di cui all'articolo 9, nonchè quelli necessari per rendere effettive le garanzie previste dall'articolo 15, comma 1, istituendo un ufficio con compiti di indirizzo e coordinamento del settore con previsione di forme stabili di consultazione e di collegamento operativo con le regioni;

b) rideterminare l'assetto strutturale degli istituti superiori in modo da assicurare il coordinamento di tipo dipartimentale con i servizi e i presidi multizonali di prevenzione di cui all'articolo 9, prevedendo l'applicazione delle norme contenute nella legge 25 novembre 1971, n. 1041, per la gestione dei fondi che affluiscono ai

predetti istituti; assicurare il coordinamento delle attività del Ministero e il collegamento con gli istituti superiori, gli organi collegiali di consulenza ed i comandi dei carabinieri destinati alle attività di interesse sanitario;

c) rideterminare la dotazione organica dei posti dirigenziali del Ministero e degli istituti superiori, prevedendo modalità straordinarie di accesso alle qualifiche dirigenziali, anche in deroga alla normativa vigente, nonché la dotazione organica complessiva del personale del Ministero e degli istituti superiori appartenente alle qualifiche funzionali contenendole in stretto rapporto con il mutato assetto organizzativo, individuando altresì le categorie di dipendenti ai quali, nell'esercizio delle loro funzioni, è attribuita la qualifica di ufficiale o agente di polizia giudiziaria, ai sensi dell'articolo 57, comma 3, del codice di procedura penale;

d) rideterminare le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore di sanità con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

e) istituire presso il Ministero della sanità la direzione generale per le relazioni sindacali ed i rapporti di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, per far fronte alle nuove esigenze in materia di contrattazione derivanti dagli adempimenti previsti dall'articolo 12.

13. In relazione alla maggiore attività derivante dalla notevole carenza di organico e dalla molteplicità dei compiti istituzionali connessi alla riorganizzazione dei servizi sanitari, è istituito, in favore del personale del Ministero della sanità, ivi compreso il personale comandato presso il Ministero stesso, un fondo di incentivazione da iscrivere in apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità. La determinazione dell'onere derivante dall'attuazione del presente comma è demandata, annualmente, alla legge finanziaria.

14. Ai medici, ai farmacisti e ai veterinari dipendenti dal Ministero della sanità, dalle regioni e dalle province autonome, si applicano gli istituti economici complessivi previsti per i medici, per i farmacisti e per i veterinari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale.

15. Fino all'adozione dei provvedimenti anche normativi previsti dall'articolo 116 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, restano fermi tutti gli effetti degli atti adottati entro il 31 dicembre 1987, ancorchè siano stati oggetto di autotutela, e relativi ai contenuti del suddetto articolo.

#### Art. 17.

*(Piano sanitario nazionale 1990-1994)*

1. La ripartizione del finanziamento della prima annualità del piano sanitario nazionale, la cui durata viene fissata in cinque anni a decorrere dal 1990, è effettuata con le modalità previste per la ripartizione del fondo sanitario nazionale, sulle quote a destinazione vincolata all'uopo accantonate, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109.

#### Art. 18.

*(Applicazione delle norme  
sulle autonomie locali)*

1. Le norme della presente legge si applicano nell'ambito dei principi della legge 8 giugno 1990, n. 142, e ad essa si fa espresso riferimento per quanto attinente e non previsto.

#### Art. 19.

*(Disposizioni di attuazione)*

1. Nei casi di inosservanza da parte della regione o della provincia autonoma dei termini perentori indicati nella presente

legge la quota del fondo sanitario interregionale è trasferita alla regione o alla provincia autonoma in misura uguale alla corrispondente quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita per l'esercizio 1990.

2. Decorsi i termini di cui al comma 1 senza che siano stati adottati da parte della regione o della provincia autonoma i provvedimenti necessari per la trasformazione delle unità sanitarie locali, la costituzione delle aziende ospedaliere e la riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione, decadono tutti gli organi di amministrazione delle unità sanitarie locali. La regione o la provincia autonoma nomina commissari straordinari che provvedono alla gestione delle unità sanitarie locali sino all'insediamento degli organi previsti dalla presente legge. In caso di inerzia delle regioni o delle province autonome, decorsi sessanta giorni, i commissari straordinari sono nominati dal Ministro della sanità su segnalazione del commissario del Governo. Nello stesso termine il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge.

3. Le province autonome di Trento e di Bolzano attuano, negli ambiti territoriali di competenza, le disposizioni della presente legge in quanto compatibili con gli ordinamenti statutari.

#### Art. 20.

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.