

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

Nn. 2375, 233, 1020, 1679 e 1879-A-bis

TESTO PROPOSTO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(Relatore ZITO)

Comunicato alla Presidenza il 1° luglio 1991

sussequentemente al rinvio in Commissione deliberato dall'Assemblea il 22 maggio 1991 dei disegni di legge nn. 2375, 233, 1020, 1679 e 1879 e della relazione ad essi attinente comunicata alla Presidenza il 7 marzo 1991

(V. Stampato nn. 2375, 233, 1020, 1679 e 1879-A)

PER I

DISEGNI DI LEGGE

**Riordinamento del Servizio sanitario nazionale
e misure di contenimento della spesa sanitaria (2375)**

*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
e dal Ministro della Sanità
di concerto col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica
col Ministro del Tesoro
col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale
col Ministro dell'Ambiente
e col Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica**

(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*

Norme per la formazione dei dirigenti delle unità sanitarie locali e istituzione della scuola superiore di organizzazione sanitaria (233)

d'iniziativa dei senatori **BOMPIANI, JERVOLINO RUSSO, MELOTTO, CONDORELLI, PINTO, CECCATELLI, DE CINQUE, SANTALCO, BOGGIO, D'AMELIO, RUFFINO, SALERNO, AZZARÀ, BERNARDI, GOLFARI, PARISI, BUSSETI e CHIMENTI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 LUGLIO 1987

Modifica degli articoli 10, 13, 14, 15, 17, 18, 47, 49, 51, 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (1020)

d'iniziativa dei senatori **MELOTTO, BOMPIANI, ELIA, AZZARETTI, COVIELLO, PINTO, EMO CAPODILISTA, PERINA, MANZINI, AZZARÀ, LAURIA e CORTESE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 MAGGIO 1988

Norme per l'amministrazione straordinaria delle unità sanitarie locali e per il controllo sugli atti degli amministratori (1679)

d'iniziativa dei senatori FILETTI, SIGNORELLI, FLORINO, FRANCO, GRADARI, LA RUSSA, MANTICA, MISSERVILLE, MOLTISANTI, PISANÒ, PONTONE, POZZO, RASTRELLI, SANESI, SPECCHIA e VISIBELLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 APRILE 1989

Norme a parziale modifica ed integrazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio sanitario nazionale (1879)

d'iniziativa dei senatori TEDESCO TATÒ, BERLINGUER, IMBRIACO, RANALLI, MERIGGI, DIONISI, TORLONTANO e ZUFFA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 SETTEMBRE 1989

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

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.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 1.

(Fondo sanitario interregionale di parte corrente e Fondo sanitario nazionale di conto capitale)

1. È istituito il Fondo sanitario interregionale di parte corrente, comprensivo dei capitoli relativi alla manutenzione ordinaria e straordinaria ed al rinnovo tecnologico, da iscrivere nello stato di previsione del Ministero del tesoro. Il Fondo, fintantoché non sarà stabilita con legge la completa fiscalizzazione degli oneri sociali, è costituito da una quota corrispondente al gettito dei contributi di malattia al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate, da ogni altra entrata destinata al Fondo medesimo e da una quota a carico del bilancio dello Stato da determinare annualmente ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362. Lo stanziamento complessivo del Fondo è determinato in base alle prestazioni sanitarie da erogare in condizioni di uniformità ed uguaglianza su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni, ed in conformità agli adempimenti previsti dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, all'uopo tenendo conto della spesa media *pro capite* effettiva dell'anno precedente, relativa alle singole regioni, al netto degli oneri relativi alla mobilità sanitaria interregionale.

2. Il Fondo sanitario nazionale di conto capitale è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, è determinato annualmente ai sensi dell'articolo 11, com-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362, ed è finalizzato al riequilibrio territoriale, all'ammodernamento, all'integrazione ed alla sostituzione delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

3. Al fine di verificare la congruità del Fondo sanitario interregionale di parte corrente in relazione alle prestazioni sanitarie di cui al comma 1, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, di seguito denominata «Conferenza», procede, entro il 31 luglio 1991 e per un triennio, alla verifica dell'andamento della stessa. A tal fine nell'ambito della Conferenza è costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una apposita Commissione presieduta dal presidente della Conferenza e composta dai Ministri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze e del lavoro e della previdenza sociale, nonchè da sei presidenti di regione o di provincia autonoma designati dalla Conferenza stessa. Qualora da detta verifica dovessero risultare, rispetto all'entità del Fondo stabilita ai sensi del comma 1, disequilibri determinati da fattori obiettivi indipendenti dalla gestione del servizio, subordinatamente all'adozione da parte delle regioni e delle province autonome delle iniziative previste da norme legislative finalizzate al controllo ed al contenimento della spesa sanitaria, ai sensi delle leggi 26 aprile 1982, n. 181, e 7 agosto 1982, n. 526, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, dell'articolo 24, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, nonchè della legge 23 ottobre 1985, n. 595, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, e della legge 29 dicembre 1990, n. 407, il Governo provvede alla loro eliminazione o con apposito provvedimento legislativo o in

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sede di legge finanziaria o di provvedimenti alla stessa collegati per il triennio successivo.

4. Il Fondo sanitario interregionale di parte corrente è ripartito entro il 10 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 Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza e tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale con particolare riferimento al riequilibrio territoriale. La ripartizione del Fondo è effettuata 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) popolazione residente;

b) indicatori di bisogno sanitario tenuto conto dei dati epidemiologici, di natalità, di invecchiamento e di frazionamento sul territorio della popolazione;

c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, su contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle aziende di servizi sanitari attraverso le regioni e le province autonome;

soppressa

d) *identica*;

e) *identica*.

5. In sede di ripartizione del Fondo sanitario interregionale di parte corrente

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 imprevisti 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sono prioritariamente enucleati i finanziamenti destinati ad attività di ricerca biomedica finalizzata, alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, riconosciuti come tali dalla normativa vigente in materia, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, nonché ad iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale da trasferire in via definitiva allo stato di previsione del Ministero della sanità. Gli anzidetti finanziamenti sono pari all'1 per cento del Fondo e sono alimentati per gli anni successivi da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato. Una quota del Fondo non superiore al 4 per cento è riservata a fabbisogni particolari ed imprevisti ed è ripartita tra le regioni e le province autonome anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

6. *Identico.*

7. Il finanziamento delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 4. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle aziende di servizi sanitari e alle aziende ospedaliere sono assegnate in forma indistinta.

8. Restano ferme le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale ad eccezione di quelle esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

1989, n. 418. La composizione del Consiglio sanitario nazionale è integrata:

a) da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento della protezione civile e da uno designato 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 sei medici chirurghi di cui tre dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e tre convenzionati con lo stesso e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

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

d) *identica*;

e) *identica*;

f) *identica*;

g) *identica*;

h) *identica*;

i) *identica*;

l) *identica*;

m) dal presidente del Consiglio superiore di sanità.

9. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, ai sensi del comma 1, nonchè gli eventuali disavanzi nella gestione dei servi-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

eventuali disavanzi nella gestione dei servizi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome, nonché 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 competenza, 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

zi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome, nonché dagli enti locali limitatamente ai servizi loro assegnati, con utilizzo delle proprie risorse. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere sono utilizzati dalle stesse sulla base di programmi deliberati dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale dell'azienda, con particolare riguardo al potenziamento delle strutture, all'acquisto di attrezzature ed al finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

Soppresso

10. È soppresso il Fondo sanitario nazionale di parte corrente. 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.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Il primo periodo è collocato, in identica formulazione, quale secondo periodo del comma 9 del presente articolo).

11. Le unità sanitarie locali assumono la denominazione di aziende di servizi sanitari. In tutti gli atti normativi vigenti le parole: «unità sanitaria locale» sono sostituite dalle seguenti: «azienda di servizi sanitari».

Art. 2.

(Misure per il riequilibrio territoriale)

1. Fermo restando quanto stabilito dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595, al fine di realizzare il riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie e di contenere la mobilità sanitaria interregionale dipendente da difforme sviluppo quantitativo e qualitativo dei servizi sanitari nelle diverse aree del paese, il Ministro della sanità, sentite le regioni interessate, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la parte concernente le regioni dell'Italia meridionale ed insulare, con il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, predispone, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un piano triennale per le regioni particolarmente svantaggiate. Tale piano è sottoposto all'approvazione del CIPE che delibera al riguardo entro trenta giorni dalla data di comunicazione del piano stesso. Il CIPE, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, individua le

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente.

2. Il piano prevede azioni di sostegno finalizzate: alla realizzazione dell'equilibrio nel rapporto tra le strutture sanitarie pubbliche, quelle private convenzionate e quelle private, nel rispetto degli *standard* di cui alla legge 23 ottobre 1985, n. 595, al decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, e all'articolo 5, comma 1, della legge 29 dicembre 1990, n. 407; alla organizzazione coordinata sul territorio dei servizi e delle strutture pubbliche di assistenza, ricerca, sperimentazione e controllo; alla formazione e all'aggiornamento professionale ed alle relative attività, da sviluppare anche avvalendosi dell'apporto di soggetti diversi da quelli pubblici, nonché alle possibili integrazioni tra i servizi sanitari ed i servizi socio-assistenziali.

3. Per gli interventi previsti nel piano che richiedono, per la completa attuazione, l'iniziativa integrata e coordinata di amministrazioni statali, regioni, enti locali ed altri soggetti pubblici, compresi quelli di ricerca, sperimentazione e controllo nel settore sanitario, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e, per gli interventi nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare, con il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, promuove, entro novanta giorni dall'approvazione del piano da parte del CIPE, un accordo di programma che attui il coordinamento delle azioni di rispettiva competenza, ne determini i tempi, le modalità ed il finanziamento, stabilendo altresì i destinatari della gestione.

4. Il piano, sentita la Conferenza, viene finanziato con risorse corrispondenti all'entità, riferita all'esercizio precedente, della compensazione per mobilità sanitaria ospe-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

daliera dalle regioni particolarmente svantaggiate verso le altre regioni, fino ad un massimo dell'1 per cento del Fondo sanitario interregionale di parte corrente. Alla copertura di tale finanziamento si provvede, con le modalità di cui al comma 1, con prelievi integrativi dalla quota di riserva di cui all'articolo 1, comma 5, nonché con risorse aggiuntive a carico dei Ministeri interessati, nell'ambito delle disponibilità di bilancio, per quanto concerne la realizzazione del piano nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare, si possono utilizzare i fondi di cui alla legge 1° marzo 1986, n. 64, includendo le spese in conto capitale del settore sanitario tra i campi di applicazione della legge medesima.

5. Il piano triennale di cui al comma 1 è ripresentato per altri due trienni successivi, con le stesse procedure e modalità.

Art. 3.

(Norme sull'amministrazione e contabilità)

Soppresso (Cfr. il comma 3 del presente articolo).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

1. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza, è delegato ad adottare, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo contenente i principi fondamentali in ordine al conferimento di uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, al fine di consentire un agevole coordinamento ed un significativo consolidamento dei conti delle aziende dei servizi sanitari e delle aziende ospedaliere nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera a) del comma 2 del presente articolo).

a) predisposizione di una analisi delle entrate e delle spese complessive dei bilanci pluriennali e dei bilanci annuali secondo la tecnica di analisi finanziaria delle fonti e degli impieghi dei fondi in modo da eliminare i trasferimenti interni alle diverse aziende sanitarie e di evidenziare i flussi finanziari netti nel Servizio sanitario nazionale;

b) classificazione delle spese ed organizzazione per obiettivi, indicati dal piano sanitario nazionale e dai piani sanitari regionali, del bilancio di previsione pluriennale ed annuale;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera b) del comma 2 del presente articolo).

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera c) del comma 2 del presente articolo).

c) organizzazione della parte concernente la spesa dei medesimi bilanci e del conto consuntivo annuale, aggiungendo alla classificazione secondo natura dei fattori acquisiti suddivisi in spesa di parte corrente e spesa in conto capitale una riclassificazione che evidenzia le spese correnti di mantenimento e le spese per lo sviluppo. Tra le spese correnti di mantenimento devono essere comunque compresi tutti gli oneri diretti ed indiretti di personale, di acquisti di beni e servizi di ordinaria amministrazione, di eventuali trasferimenti e le quote di ammortamento degli impianti e delle attrezzature. In via amministrativa sono determinati i coefficienti da applicare per le quote di ammortamento. Le spese per lo sviluppo sono comprensive di spese di parte corrente ed in conto capitale e sono correlate all'avvio di nuovi servizi e programmi o all'attivazione di interventi rivolti a gruppi di popolazione precedentemente non serviti;

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera d) del comma 2 del presente articolo).

soppressa

soppressa

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

d) evidenziazione nel bilancio di previsione annuale e nel conto consuntivo delle poste contabili per le spese di cui all'articolo 1, comma 9;

e) divieto, a pena di nullità, di assunzione di impegni di spesa in carenza di una previa attestazione della relativa copertura finanziaria fornita dal direttore generale;

f) predisposizione a livello nazionale di schemi a struttura contabile di indirizzi sulle procedure di rilevazione da adottare e sui principi contabili da rispettare ai fini di una omogenea redazione da parte delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere del conto economico, della contabilità per centri di costo, dei rendiconti trimestrali e del conto consuntivo annuale.

soppressa

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera e) del comma 2 del presente articolo).

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, nell'alinea del comma 1 del presente articolo).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in diversa formulazione, la lettera a) del capoverso 1 del presente articolo).

(V., in diversa formulazione, la lettera c) del capoverso 1 del presente articolo).

(V., in diversa formulazione, la lettera d) del capoverso 1 del presente articolo).

(V., in diversa formulazione, la lettera f) del capoverso 1 del presente articolo).

(V., in diversa formulazione, la lettera m) del capoverso 1 del presente articolo).

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui al comma 1, le regioni e le province autonome provvedono con legge a disciplinare l'amministrazione, la gestione e la contabilità delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere in conformità ai 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 legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato da ultimo dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

b) predisposizione di un bilancio di previsione annuale di competenza e di cassa in armonia con le disposizioni contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335;

c) predisposizione di un rendiconto generale annuale comprendente il conto del bilancio, il conto del patrimonio, il conto economico ed una relazione illustrativa dei livelli di efficienza e di efficacia raggiunti sulla base dei risultati conseguiti in rapporto ai programmi ed ai costi sostenuti;

d) tenuta di una specifica contabilità analitica dei costi, ispirata alla responsabilizzazione dei vari centri di spesa delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere;

e) divieto alle aziende di servizi sanitari 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 delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito per il finanziamento di programmi e progetti attinenti a finalità di sviluppo fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Cfr. l'alinea del comma 1 del presente articolo).

(V., in diversa formulazione, il comma 5 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera).

Art. 3.

(Funzioni regionali)

1. Le regioni e le province autonome determinano, attraverso gli organi statutariamente competenti, gli indirizzi di natura

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ed interessi, non superiore al 25 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario interregionale di parte corrente di competenza.

f) classificazione delle entrate e delle spese nei documenti di bilancio e disciplina del piano dei conti nel rispetto dei principi di cui al comma 1.

3. È abrogato 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.

4. A decorrere dall'esercizio finanziario 1991, le somme di cui all'articolo 69, primo comma, lettera b), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono assegnate dalle regioni e dalle province autonome alle aziende di servizi sanitari ed alle aziende ospedaliere e dalle medesime acquisite nei rispettivi bilanci. Parimenti sono acquisite nei bilanci delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere, a decorrere dalla stessa data, le somme di cui al medesimo articolo 69, primo comma, lettere c) ed e), della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le entrate di cui al presente comma sono destinate al finanziamento indistinto delle spese iscritte nei medesimi bilanci.

5. Le somme dovute a qualsiasi titolo dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere devono ritenersi impignorabili nei limiti degli importi corrispondenti agli stipendi e alle competenze comunque spettanti al personale dipendente o convenzionato, nonché nella misura dei fondi a destinazione vincolata essenziali ai fini dell'erogazione dei servizi sanitari.

Art. 4.

(Funzioni regionali)

1. Le regioni e le province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi vigenti, esercitano in materia di assistenza

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sanitaria ed ospedaliera le funzioni legislative, nonchè le funzioni amministrative non espressamente riservate allo Stato e le funzioni ad esse delegate. Le regioni possono delegare in tutto o in parte alle città metropolitane le funzioni amministrative, di cui al presente comma.

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 aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere funzioni di promozione, di indirizzo tecnico, di supporto e di vigilanza sulla gestione, istituendo l'osservatorio della spesa sanitaria con il compito di raccogliere dalle singole aziende tutte le informazioni necessarie per il controllo della spesa stessa, informando i consigli di amministrazione sull'andamento di essa. L'osservatorio ha anche il compito di verificare l'applicazione della normativa relativa al trattamento economico del personale. Le regioni e le province autonome comunicano al Ministero della sanità ed al Ministero del tesoro i provvedimenti adottati in attuazione di quanto disposto dal presente articolo e coordinano l'attività di controllo della spesa con quella del Servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità.

3. Nell'esercizio delle funzioni previste dalla presente legge, le regioni e le province autonome, nel rispetto del ruolo riconosciuto alle autonomie locali, promuovono il concorso dei comuni, delle comunità montane e delle province nella definizione dei programmi pluriennali e annuali, e nella

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

verifica dello stato dei servizi e dei bisogni dell'utenza.

Art. 5.

(Aziende di servizi sanitari)

1. Le regioni e le province autonome disciplinano con 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 aziende di servizi sanitari secondo criteri che prevedono, per ciascuna azienda di servizi sanitari, un ambito territoriale con una popolazione pari ad almeno 120.000 abitanti. Le aziende di servizi sanitari coincidono con il territorio di uno o più comuni o della provincia. Relativamente al comune di Campione d'Italia, l'ambito territoriale dell'azienda di servizi sanitari coincide con l'ambito comunale. Relativamente alle province il cui ambito territoriale comprende una popolazione inferiore a 120.000 abitanti, l'ambito territoriale dell'azienda di servizi sanitari coincide con l'ambito provinciale. Nei comuni con popolazione superiore a 400.000 abitanti l'ambito territoriale di ciascuna azienda di servizi sanitari è determinato dal comune stesso e non può contenere meno di 200.000 abitanti. La programmazione regionale definisce i criteri per l'articolazione delle aziende di servizi sanitari 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 aziende di servizi sanitari, in deroga ai limiti sopra indicati. In condizioni territoriali particolari ed in relazione alla densità della popolazione, previo parere della Conferenza, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, è consentita la delimitazione dell'azienda di servizi sanitari se-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 limita-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

condo ambiti con popolazione inferiore a 120.000 abitanti. Le aziende di servizi sanitari attivano ed organizzano i distretti entro centottanta giorni dalla loro costituzione. Trascorso tale termine si applicano le disposizioni di cui all'articolo 20;

b) l'attribuzione alle aziende di servizi sanitari ed alle aziende ospedaliere 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 aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere, costituiti dal consiglio di amministrazione, dal presidente, dal direttore generale e dal collegio dei revisori. Le regioni e le province autonome 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 aziende di servizi sanitari preesistenti che vengono accorpate o nel caso di costituzione delle aziende ospedaliere.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di cui all'articolo 4, comma 2, le regioni e le province autonome adeguano la legislazione di cui al comma 1 del presente articolo, ai seguenti principi:

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

b) il numero dei componenti dei consigli di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere è compreso tra un minimo di cinque e un massimo di nove, in rapporto all'ampiezza e alla rilevanza degli interessi sanitari da rappresentare. Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni;

c) la nomina del consiglio di amministrazione delle aziende di servizi sanitari è riservata agli enti locali di riferimento territoriale ed avviene con votazione limita-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

ta; 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 esercizi 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;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ta; per le aziende ospedaliere, essa è riservata al consiglio regionale o della provincia autonoma 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 cittadini aventi comprovata esperienza di amministrazione. Non possono far parte dei consigli di amministrazione i consiglieri regionali, o delle province autonome, i presidenti e gli assessori provinciali, i sindaci e gli assessori comunali della regione interessata, nonché i dipendenti del Servizio sanitario nazionale e coloro che hanno rapporti convenzionali con il medesimo;

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

e) i consigli di amministrazione formulano, sulla base delle risultanze degli esercizi precedenti e degli elementi di valutazione forniti dal direttore generale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività; approvano il bilancio di previsione e il conto consuntivo che sono redatti dal direttore generale e sono rimessi alla giunta regionale o della provincia autonoma 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 dell'azienda di servizi sanitari in distretti socio-sanitari di base; individuano, sulla base delle previsioni del piano sanitario regionale, l'ubicazione dei presidi ospedalieri e delle altre strutture sanitarie le cui spese in conto capitale superino individualmente il 2 per cento del bilancio complessivo dell'azienda e ne approvano il relativo progetto; propongono alla giunta regionale o della provincia

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 maggiorita-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

autonoma la nomina del direttore generale e la sua revoca per motivi connessi alla necessità di garantire la funzionalità del servizio in rapporto a riscontrate situazioni di inefficienza, di incapacità organizzativa, di ripetute inadempienze agli obblighi contrattuali o alle direttive ricevute dagli organi competenti. Tutti gli atti del direttore generale soggetti all'approvazione del consiglio di amministrazione devono essere dallo stesso approvati o respinti motivatamente entro venti giorni dalla comunicazione dell'atto;

f) *identica*;

g) tutti i poteri di gestione, nonchè la rappresentanza legale dell'azienda, sono riservati al direttore generale, la cui scelta è effettuata con le modalità di cui alla lettera h). Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e delle province autonome 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. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro dei consigli 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, nonchè con l'esistenza di rapporti, anche in regime convenzionale, con le aziende di servizi sanitari e le aziende ospedaliere o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con le stesse. Il direttore generale partecipa alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo. Il direttore

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

ria 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;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

generale, nei casi di assenza o di impedimento di durata superiore a novanta giorni, delega l'esercizio delle proprie funzioni al direttore amministrativo o al direttore sanitario. In ogni azienda di servizi sanitari e in ogni azienda ospedaliera sono previsti il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati a termine con un provvedimento motivato dal consiglio di amministrazione su proposta del direttore generale, previo specifico avviso pubblico. Essi decadono dalla data di nomina del nuovo direttore generale 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 dell'organizzazione igienico-sanitaria dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche con una anzianità di almeno cinque anni in attività direzionali ed è responsabile delle attività amministrative della azienda di servizi sanitari o della azienda ospedaliera. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo e del coordinatore sanitario, nonché 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 organo elettivo. Esso è composto da un numero di membri non inferiore a nove e non superiore a quindici. Nelle aziende di servizi sanitari fanno parte del consiglio dei sanitari in maggioranza medici e altri operatori sanitari laureati, dipendenti e convenzionati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'azienda di servizi sanitari 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; ne fa

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 pluralità 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

parte anche un dirigente dei servizi di assistenza infermieristica. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale, quando sono in esame decisioni riguardanti attività tecnico-organizzativo-sanitarie e assistenziali o investimenti ad esse 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 e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. Il direttore generale dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera è nominato dalla giunta regionale o della provincia autonoma, su proposta del consiglio di amministrazione, il quale lo individua, previo specifico avviso pubblico, con provvedimento motivato quanto ai criteri seguiti nella scelta, tra gli iscritti in apposito elenco nazionale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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 sei membri, dei quali uno designato dal Presidente del Consiglio dei ministri, uno designato dal presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, e quattro, individuati tra soggetti esterni all'amministrazione statale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, designati rispettivamente due dal Ministro della sanità e due dai rappresentanti delle regioni e delle province autonome nella Conferenza. La composizione della commissione assicu-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ra pluralità di competenze. La commissione provvede alla costituzione e all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere i candidati che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa di enti, o strutture pubbliche o società pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza almeno quinquennale. A partire dalla conclusione del primo degli appositi corsi di formazione superiore, all'uopo organizzati nel rispetto dei criteri di cui al comma 4, possono accedere all'elenco le persone che abbiano frequentato con esito positivo i corsi stessi e siano in possesso dei requisiti sopra indicati, con esperienza almeno triennale. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di 60 giorni dalla data di nomina del consiglio di amministrazione o dalla data di vacanza del posto. Scaduto tale termine, qualora il consiglio di amministrazione non abbia provveduto alla proposta, la nomina del direttore generale è effettuata direttamente dalla giunta regionale o della provincia autonoma. Qualora queste ultime non provvedano entro i 30 giorni successivi rispetto al termine perentorio di cui sopra, vi provvede il Ministro della sanità con proprio decreto. L'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile delle singole aziende, prevista al comma 1, lettera b), diviene effettiva con l'immissione nelle funzioni del direttore generale;

i) il collegio dei revisori è composto da un rappresentante della regione o della provincia autonoma, con funzioni di presidente, da un membro designato dal consiglio di amministrazione, entrambi scelti tra gli iscritti all'albo dei dottori commercialisti o al collegio dei ragionieri e periti commerciali e, comunque, nel ruolo dei revisori ufficiali dei conti, e da un funzionario del Ministero del tesoro. Con lo stesso criterio sono nominati i membri supplenti;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Cfr. l'ultimo periodo della lettera c) del presente comma 2).

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

l) non possono essere nominati membri del consiglio di amministrazione o direttori generali delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere:

1) 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;

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

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

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

3. Le aziende di servizi sanitari, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore delle leggi regionali o delle province autonome di cui al comma 1, attivano i servizi di medicina legale e delle assicurazioni sociali, ai quali sono attribuite le funzioni di cui agli articoli 14, terzo comma, lettera q), e 19, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 12 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

4. Presso le istituzioni universitarie e presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione si svolgono corsi di alta formazione di durata almeno biennale per il conseguimento di un titolo di studio di specializzazione post-universitaria e corsi di aggiornamento di quadri e dirigenti ammi-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

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'organizzazione 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

nistrativi 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 di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti il Consiglio sanitario nazionale ed 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'organizzazione dei corsi è oggetto di specifiche convenzioni, da stipularsi tra il Ministro della sanità e la Scuola superiore della pubblica amministrazione o singole istituzioni universitarie. La Scuola superiore della pubblica amministrazione e le istituzioni universitarie possono utilizzare per l'organizzazione dei corsi, mediante specifiche convenzioni, 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 sanitarie 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 ogni biennio 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. Il numero dei posti a disposizione delle scuole e dei corsi di formazione viene stabilito annualmente con decreto del Ministro della sanità,

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sentito il Consiglio sanitario nazionale, sulla base delle riscontrate esigenze.

5. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, norme intese a riorganizzare la Scuola superiore della pubblica amministrazione con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) che sia garantita l'autonomia gestionale della Scuola superiore, con obbligo di rendiconto soggetto al controllo della Corte dei conti;

b) che siano previsti un consiglio di amministrazione ed un presidente dello stesso, di nomina governativa;

c) che sia previsto un direttore generale, scelto tra i dirigenti generali dello Stato, e una dotazione di personale con qualifiche dirigenziali da determinarsi nell'ambito del contingente di cui alla tabella A allegata alla legge 23 agosto 1988, n. 400;

d) che non siano previsti oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato;

e) che alle spese di funzionamento della Scuola superiore si provveda mediante iscrizione in un unico apposito capitolo delle somme già iscritte nello stato di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri alla rubrica «Scuola superiore della pubblica amministrazione».

Art. 6.

(Distretto socio-sanitario di base)

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

2. I piani sanitari regionali possono ampliare la serie delle prestazioni da ero-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

garsi in sede distrettuale, con particolare riguardo all'assistenza sanitaria non ospedalizzata, che abbia in specifica attenzione le strutture di degenza a ciclo diurno e l'attivazione di servizi domiciliari soprattutto a favore degli anziani e dei portatori di handicap.

3. L'azienda di servizi sanitari, oltre a garantire le prestazioni di cui al comma 1, assicura:

a) il collegamento fra le attività distrettuali, le attività specialistiche ambulatoriali e domiciliari;

b) l'adozione di iniziative di promozione di interventi per l'educazione sanitaria, la prevenzione, la sanità pubblica veterinaria e il corretto uso dei servizi sanitari;

c) *identica*;

d) *identica*;

e) *identica*.

4. Per le finalità di cui alla lettera e) del comma 3, le leggi regionali e delle province autonome, di cui all'articolo 5, comma 1, previo accordo con i comuni interessati in coerenza con quanto previsto dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, istituiscono un servizio sociale cui preporre un operatore professionale in possesso di specifiche competenze in base alla normativa vigente.

Art. 7.

(Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri)

1. Le regioni e le province autonome, entro il termine perentorio di centoventi giorni dalla data di costituzione delle azien-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

de di servizi sanitari, costituiscono in azienda ospedaliera gli ospedali di alta specialità, nonché gli ospedali di cui almeno il 50 per cento delle strutture siano clinicizzate a direzione universitaria, e di cui almeno tre siano strutture di alta specialità, escluse le strutture ospedaliere affidate alla temporanea direzione universitaria.

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

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

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

c) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità;

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

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

f) conseguimento di un livello di attività di alta specialità non inferiore in ciascun anno allo *standard* minimo indicato nel decreto di cui alla lettera a).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

3. Data la rilevanza interregionale delle attività di alta specialità, fino all'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 è effettuata con decreto del Ministro della sanità da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le regioni interessate, e 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.

Soppresso

Soppresso

(Collocato, in diversa formulazione, quale ottavo periodo della lettera h) del comma 2

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Cfr. l'articolo 7 del testo approvato dalla Camera dei deputati).

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

dell'articolo 5 del testo proposto dalla Commissione)

(Collocato, in diversa formulazione, quale undicesimo periodo della lettera h) del comma 2 dell'articolo 5 del testo proposto dalla Commissione).

Soppresso (Collocato in diversa formulazione, quale decimo periodo della lettera h) del comma 2 dell'articolo 5 del testo proposto dalla Commissione).

4. Le regioni e le province autonome, entro il termine di cui al comma 1, previo conforme parere della Conferenza, possono costituire in azienda ospedaliera gli ospedali che abbiano i requisiti di cui all'articolo 23 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e che dispongano altresì di servizi polispecialistici necessari per costituire centro di riferimento della rete regionale dei servizi di emergenza e che svolgano, nel loro complesso, funzione di rilievo regionale in favore di cittadini provenienti da aziende di servizi sanitari del territorio regionale. La perdita delle caratteristiche strutturali di attività prima richiamate comporta la revoca dell'autonomia aziendale.

5. Gli ospedali pubblici, che non siano costituiti in azienda ospedaliera ai sensi dei commi 1, 2, 3 e 4, conservano la natura di presidi delle aziende di servizi sanitari, con obbligo di prevedere il direttore sanitario e l'esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale. Tali funzioni sono svolte da un dirigente del ruolo amministrativo, appartenente al se-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(V., in diversa formulazione, il comma 3 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera dei deputati).

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

condo livello, di cui all'articolo 12, comma 4, lettera e), scelto fra il personale delle aziende di servizi sanitari. Nelle aziende di servizi sanitari 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 5, comma 2, lettera g), per il direttore sanitario dell'azienda ospedaliera. A tali presidi è attribuita ampia autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio dell'azienda di servizi sanitari.

(Cfr. il comma 9 del presente articolo).

6. 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, ancorchè riconosciuti istituti a carattere scientifico. Gli stessi adeguano il proprio regolamento organico del personale ai principi della presente legge, nonchè a quelli dei decreti legislativi previsti dall'articolo 12, comma 4.

7. All'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali a gestione diretta e convenzionati obbligatoriamente sono riservati spazi adeguati, da reperire entro novanta giorni dalla data di costituzione dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 6 per cento e non superiore al 12 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 aziende di servizi sanitari o

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in diversa formulazione, il comma 1 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera dei deputati).

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

dalle aziende ospedaliere mediante convenzioni con case di cura o altre istituzioni di ricovero, dandone notizia alla regione o provincia autonoma e al Ministero della sanità. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di confortevolezza delle stesse, nonché di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medico-chirurgici, di diagnostica strumentale e di laboratorio, differenziata in relazione ai livelli degli interventi stessi. I relativi tariffari sono stabiliti annualmente, su indicazione della regione, dal direttore generale, sentito il consiglio dei sanitari.

8. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, sono stabiliti gli indirizzi ai quali le regioni e le province autonome devono uniformarsi nel processo di riorganizzazione delle aziende ospedaliere e 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;

b) definire criteri uniformi applicabili su tutto il territorio nazionale per l'organizzazione degli ospedali;

c) eliminare le situazioni di diseconomia, anche attraverso la chiusura e la riconversione degli ospedali che non rag-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

giungono lo *standard* minimo di 120 posti letto;

d) accrescere la produttività dei servizi diagnostici, delle attrezzature tecnologiche ad alto costo e dei complessi operatori;

e) potenziare le attività di degenza a ciclo diurno, le forme di assistenza domiciliare integrata e di spedalità domiciliare, particolarmente per quanto concerne le fasce degli anziani lungodegenti;

f) promuovere forme di integrazione dipartimentale entro l'ospedale e con i servizi territoriali;

g) promuovere forme di controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;

h) promuovere la riorganizzazione dei servizi extraospedalieri e dei distretti sanitari, fissando gli *standard* di personale per la conseguente riarticolazione delle piante organiche delle aziende di servizi sanitari;

i) 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;

l) organizzare e coordinare, secondo il modello dipartimentale, le strutture ed 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;

m) tener conto delle esigenze connesse all'organizzazione della didattica e della ricerca nella riorganizzazione delle strutture assistenziali utilizzate dalle facoltà di medicina.

(Cfr. il terzo e quarto periodo del comma 7 del presente articolo).

9. Le leggi regionali e delle province autonome, di cui all'articolo 5, comma 1, dettano i principi di organizzazione degli ospedali in attuazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, regolandone anche l'attività didattica e di

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

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 caratteristiche 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

ricerca e disciplinando il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali. In ciascuna regione e provincia autonoma, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge regionale o provinciale, 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.

Soppresso (Cfr. il comma 4 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 giu-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 8.

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

1. 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 e, per quanto riguarda l'attività assistenziale, sono ricompresi nella programmazione sanitaria regionale. Il riordinamento è disposto, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, 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 al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617, e alla presente legge. Lo stesso decreto prevede 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, e ne determina 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. 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 e nella salvaguardia dei principi già riconosciuti di equiparazione di tutto il personale di cui all'articolo 25 del decreto

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

ridico-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.

(Cfr. il comma 6 del presente articolo).

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761. 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. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, vengono fissati i requisiti e le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico e privato.

4. Gli istituti zooprofilattici sperimentali sono riordinati, tenuto conto dei principi di cui alla legge 23 giugno 1970, n. 503, come aziende pubbliche di servizio dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile, sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento da emanare, sentita la Conferenza, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il riordinamento è disposto con legge della regione nella quale ha sede l'istituto, previa intesa con le regioni o province autonome di riferimento territoriale, da approvarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge adottata dalla regione stessa ai sensi dell'articolo 5, comma 1, tenendo presenti, in quanto applicabili, i principi e le disposizioni di tale legge regionale e della presente legge. Il finanziamento degli istituti zooprofilattici sperimentali è posto a carico del Fondo sanitario interregionale di parte corrente; per il finanziamento delle attività di rilievo nazionale si provvede a carico della quota del Fondo stesso, di cui all'articolo 1, comma 5. Al personale degli istituti zooprofilattici sperimentali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 12.

5. I rapporti tra le università che gestiscono direttamente policlinici universitari, cliniche e istituti universitari di ricovero e cura ed il Servizio sanitario nazionale sono

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

disciplinati da convenzioni stipulate per ciascun policlinico tra le regioni e province autonome e le università medesime, rappresentate dal rettore che si avvale, per le università statali, dell'organo di gestione del policlinico di cui all'articolo 18 della legge 9 dicembre 1985, n. 705. Le convenzioni sono stipulate, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, 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, sentita la Conferenza. 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.

6. Le convenzioni di cui al comma 5 regolano, nel rispetto prioritario dell'attività didattica e di ricerca dell'università, l'apporto dell'attività assistenziale dei policlinici universitari al Servizio sanitario nazionale nel territorio della regione o provincia autonoma, secondo quanto stabilito dal piano sanitario regionale e garantiscono agli stessi il finanziamento di tutte le spese sostenute nell'anzidetta attività in applicazione, in quanto estensibili, degli *standard* vigenti per analoghe strutture ospedaliere, come recepiti nelle convenzioni.

7. Lo statuto dell'università determina le modalità organizzative dei policlinici gestiti direttamente per lo svolgimento delle attività assistenziali in analogia con quanto previsto per le aziende ospedaliere autonome, nel rispetto dei principi dell'autonomia dell'università.

8. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali. Le strutture sanitarie non universitarie da utilizzare ai fini didattici per la formazione di medici

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Cfr. il comma 8 del presente articolo).

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

specializzandi sono individuate dalle regioni e province autonome e dalle università, con apposite convenzioni o con quelle previste al comma 13, stipulate nel rispetto dei principi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162. Nelle scuole di specializzazione attivate presso strutture sanitarie pubbliche convenzionate, i corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico possono essere conferiti per affidamento secondo le disposizioni di cui all'articolo 12 della legge 19 novembre 1990, n. 341, a personale medico di ruolo, in servizio presso le strutture stesse, appartenente al primo e al secondo livello dirigenziale, fermo restando il conferimento della direzione della scuola ad un professore universitario.

9. Fino alla data di entrata in vigore della legge di riordinamento dei policlinici universitari e della nuova disciplina dello stato giuridico del personale tecnico dell'università, al fine di garantire le funzioni assistenziali, in relazione alle convenzioni stipulate con il Servizio sanitario nazionale, ai policlinici universitari è consentita l'utilizzazione per funzioni assistenziali del personale medico laureato dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria. Le convenzioni di cui al comma 5, sulla base delle indicazioni dei piani regionali relative agli *standard*, determinano i posti necessari di personale medico di livello iniziale e di personale non medico da adibire all'assistenza, e provvedono a coprire, ove necessario, i posti delle dotazioni organiche dell'ateneo relativi al personale laureato medico e al personale non medico delle aree tecnico-scientifiche e socio-sanitarie. Le università procedono alla copertura dei posti mancanti secondo la normativa concorsuale vigente. È consentita inoltre l'utilizzazione ai fini di cui sopra, durante il periodo della loro formazione, dei medici specializzandi iscritti alle scuole di specializzazione istituite in attuazione della normativa vigente per i Paesi della Comunità economica europea. Le università provvedono altresì alla assunzio-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ne del personale di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, concernenti il programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.

10. In sede di prima applicazione della presente legge, le università che gestiscono policlinici, cliniche e istituti di ricovero e cura, sulla base dei posti di organico deliberati dai rispettivi consigli di amministrazione entro il 31 ottobre 1989 per corrispondere alle esigenze assistenziali e recepiti in sede di convenzione tra l'università e la regione o provincia autonoma, sono autorizzate a coprire per concorso i posti di personale laureato tecnico non coperti da personale laureato di ruolo. I predetti concorsi sono riservati, per la metà dei posti, a candidati laureati che, in servizio alla data del 31 ottobre 1989, abbiano svolto presso le predette strutture, anche non continuativamente, prestazioni professionali ai fini assistenziali comunque retribuite per almeno 720 ore annue nel quadriennio precedente la anzidetta data.

11. I professori universitari di ruolo, della fascia degli associati, ai quali vengono attribuite ai fini assistenziali qualifiche di livello immediatamente superiore, ai sensi dell'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, devono essere in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 12, comma 4, lettera e).

12. Negli ospedali costituiti in aziende ospedaliere ai sensi dell'articolo 7, comma 1, in relazione alla presenza di strutture clinicizzate, i consigli di amministrazione sono composti da nove membri, dei quali due nominati dalla giunta regionale o della provincia autonoma, scelti tra cinque nominativi di persone non appartenenti alla facoltà di medicina proposti dal rettore dell'università di cui fanno parte le strutture clinicizzate, e gli altri sette nominati ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lettera c). L'organizzazione dell'azienda deve comunque tenere conto delle esigenze didattiche e di ricerca proprie della facoltà di medicina.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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'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 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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Il direttore generale è nominato dalla giunta regionale o della provincia autonoma, sentito il rettore dell'università, su proposta del consiglio di amministrazione. Negli organismi collegiali professionali va assicurata una proporzionale presenza di personale docente e ricercatore universitario.

13. L'apporto delle attività assistenziali delle strutture clinicizzate a direzione universitaria nelle aziende ospedaliere di cui al comma 12, e quello delle cliniche universitarie operanti in altre strutture ospedaliere, nonché l'apporto alla attività di didattica e di ricerca di strutture a direzione ospedaliera nell'ambito delle medesime aziende, da utilizzare in particolare per i fini didattici della formazione dei medici specializzandi, viene disciplinato esclusivamente da convenzioni stipulate, sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale, sentite le organizzazioni sindacali mediche maggiormente rappresentative, tra le regioni e province autonome e i rettori delle università, in conformità a schemi tipo di convenzione approvati dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza. 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, e comunque sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale. Nelle predette strutture, il personale laureato medico di ruolo dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria svolge anche le funzioni assistenziali di livello iniziale. Le stesse convenzioni possono prevedere l'affidamento della direzione di strutture ospedaliere a professori universitari di ruolo, della fascia degli ordinari, con rapporto di durata quinquennale rinnovabile.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 centotanta 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

14. Fino all'emanazione degli schemi tipo delle convenzioni di cui ai commi 5 e 13, per tutti i presidi di cui al presente articolo si utilizzano gli schemi tipo vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

15. Le convenzioni già stipulate ed operanti alla data di entrata in vigore della presente legge hanno vigenza sino alla stipula delle nuove convenzioni.

16. Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dall' articolo 7, comma 1, ove non direttamente perseguibili ai sensi di tale articolo, le regioni e le province autonome, con riferimento alla convenzione di cui al comma 13 del presente articolo, provvedono con il primo piano sanitario regionale alla costituzione di aziende ospedaliere e di policlinici universitari mediante scorporo o trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie e di strutture ospedaliere, riaccorpandole rispettivamente in stabilimenti omogenei universitari od ospedalieri secondo esigenze di programmazione e redistribuzione sul territorio. In tal caso si applicano le disposizioni dei commi 12 e 13 del presente articolo.

Soppresso (Cfr. il comma 4 del presente articolo).

17. Le regioni e le province autonome possono stipulare convenzioni con gli ospedali militari per regolare i rapporti tra gli stessi ed il Servizio sanitario nazionale, sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale. Le convenzio-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ni 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.

18. Il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo che detti norme per l'organizzazione del servizio sanitario penitenziario secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

a) istituzione di un ruolo di personale sanitario nell'organico dell'amministrazione penitenziaria, al quale si estendono, in quanto applicabili, i principi di cui all'articolo 12, al fine di assicurare l'assistenza sanitaria di medicina generale e specialistica in tutti gli istituti e servizi penitenziari, ivi compresi gli ospedali psichiatrici giudiziari;

b) assunzione nell'organico di cui alla lettera *a)* del personale sanitario operante negli istituti e servizi penitenziari alla data di entrata in vigore della presente legge e con almeno tre anni di servizio;

c) istituzione di un servizio di consultorio per le problematiche inerenti alle dinamiche interpersonali insorgenti all'interno del personale penitenziario e nei rapporti tra il personale, i detenuti e gli internati;

d) individuazione per ciascuna struttura penitenziaria di appositi reparti ospedalieri di riferimento, anche per le malattie infettive, destinati al ricovero in luogo esterno di cura, ai sensi dell'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni e dell'articolo 17 del regolamento approvato con decreto del

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Presidente della Repubblica 29 aprile 1976, n. 431, dei detenuti e degli internati, per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento;

e) previsione che, limitatamente all'assistenza specialistica e di guardia medica, le strutture penitenziarie, nei casi in cui non sia possibile garantire l'erogazione dell'anzidetta assistenza mediante il personale di cui alla lettera a) e i rapporti convenzionali di cui al comma 19, possano stipulare convenzioni con liberi professionisti secondo lo schema tipo definito dall'amministrazione penitenziaria;

f) individuazione di strutture ospedaliere per la terapia psichiatrica dei destinatari delle misure di sicurezza personali previste dagli articoli 219 e 222 del codice penale, per i quali non emergano particolari esigenze custodiali o comunque di sicurezza;

g) riorganizzazione, in attesa della legge di riforma dei servizi di tutela della salute mentale, degli ospedali psichiatrici giudiziari secondo principi omogenei a quelli previsti per gli ospedali pubblici.

19. L'assistenza sanitaria relativa agli istituti penitenziari, che non può essere garantita dal personale di cui al comma 18, lettera a), è assicurata dal Servizio sanitario nazionale con rapporti convenzionali obbligatori stipulati dalla regione o provincia autonoma e dalla direzione degli istituti penitenziari, fermo restando l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale, sulla base di uno schema tipo approvato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Soppresso (Cfr. il comma 9 del presente articolo).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

20. 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, previo conforme parere della Conferenza, in sede di definizione delle disponibilità per i mutui.

21. Fino alla data di entrata in vigore delle norme relative al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano, previsto dall'articolo 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in esecuzione della XIV disposizione transitoria e finale della Costituzione, i rapporti con le regioni, ove esistono presidi ospedalieri dell'Ordine stesso, vengono regolati da apposite convenzioni. Dette convenzioni sono stipulate fra le regioni interessate e l'Ordine mauriziano e disciplina-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

no l'apporto dell'attività assistenziale dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale stabilendo i relativi finanziamenti sia di parte corrente sia in conto capitale.

22. Le norme del presente articolo, si estendono, in quanto applicabili, agli enti di ricerca, di cui all'articolo 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 9.

(Servizi e presidi multizonali di prevenzione)

1. Entro il termine indicato dall'articolo 5, comma 1, le regioni e le province autonome riorganizzano i presidi multizonali di prevenzione ed i servizi delle aziende di servizi sanitari avendo riguardo ai seguenti principi:

a) ai servizi delle aziende di servizi sanitari sono attribuite le funzioni di vigilanza, 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 nei servizi 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 in riferimento alla sanità animale, all'igiene e commercializzazione degli alimenti di origine animale e all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

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 aziende di servizi sanitari in materia di prevenzione o di ulteriore specializzazione secondo gli indirizzi della programmazione regionale;

c) *identica*;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 *standard* minimi che ne assicurino la funzionalità;

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

d) i servizi di igiene e sanità pubblica veterinaria si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali e possono assumere carattere multizonale in relazione alla 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 azienda di servizi sanitari, individuata dalla regione o dalla provincia autonoma. Essi godono comunque di autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio delle aziende di servizi sanitari con esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale;

f) i presidi multizonali di prevenzione e i dipartimenti di prevenzione delle aziende di servizi sanitari 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 aziende di servizi sanitari 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 aziende di servizi sanitari e provincia, possono essere integrati nell'attuazione di programmi di igiene e profilassi pubblica attribuiti alle province, nell'ambito della programmazione regionale;

h) *identica*;

i) *identica*;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 predeterminate 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

l) in sede di riparto alle aziende di servizi sanitari del Fondo sanitario interregionale di parte corrente e in sede di destinazione del Fondo sanitario nazionale di conto capitale vanno individuate, rispettivamente per la parte corrente e per quella in conto capitale, quote finalizzate da destinare al potenziamento strutturale od organizzativo dei servizi e presidi di prevenzione.

2. I presidi e le strutture di cui al presente articolo acquisiscono dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'INAIL garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

Art. 10.

(Sperimentazioni e concessione di opere e di servizi)

1. Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza, in deroga alle normative vigenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi, nonché sperimentazioni di fruizione indiretta di livelli di assistenza sanitaria a tariffe predeterminate. Tali sperimentazioni sono effettuate ad iniziativa delle regioni e province autonome e, su autorizzazione delle stesse, delle aziende di servizi sanitari, delle aziende ospedaliere nonché degli istituti di cui all'articolo 8, oppure, previo accordo con le regioni o province autonome, del Ministero della sanità, d'intesa con gli organismi interessati. Le sperimentazioni sono condotte nel rispetto dell'autonomia

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

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, nonchè 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 spe-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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. Il costo delle diverse forme di sperimentazione in cui soggetti singoli, istituzioni e associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi si sostituiscono in tutto o in parte alle aziende di servizi sanitari o alle aziende ospedaliere, non deve superare il 70 per cento del costo presuntivo che si sarebbe altrimenti dovuto sostenere, tenuto conto del sesso, dell'età e della condizione professionale degli assistiti che optano per le forme di sperimentazione di assistenza sanitaria. Le sperimentazioni sono rese operative con decreto del Ministro della sanità.

3. Il Ministero della sanità, le regioni, le province autonome, le aziende di servizi sanitari, le aziende ospedaliere e gli istituti di cui all'articolo 8 possono utilizzare per lo svolgimento delle sperimentazioni, nonchè 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 e le province autonome 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, delle province autonome e delle aziende di servizi sanitari, dei rapporti

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

cialistiche 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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

convenzionali per prestazioni esterne specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, è ispirata ai seguenti principi:

a) le convenzioni già stipulate ed operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, hanno vigenza fino alla loro scadenza. Le regioni e le province autonome, alla scadenza di dette convenzioni, procedono alla loro revisione ed al riordino qualitativo e quantitativo del regime delle prestazioni erogate in convenzione;

b) le regioni e le province autonome, mediante la programmazione e i rispettivi piani sanitari, sono tenute ad assicurare che almeno il 75 per cento della domanda di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio sia soddisfatto nelle strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente ai sensi dell'articolo 10, comma 11, della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le regioni e le province autonome che, alla data di entrata in vigore della presente legge, non assicurano che almeno il 50 per cento della domanda delle prestazioni sopraindicate sia soddisfatto nelle predette strutture, sono tenute ad assicurare, entro i tre anni successivi alla anzidetta data, tale parametro e, entro i nove anni successivi alla stessa data, il parametro del 75 per cento di cui sopra, anche avvalendosi, ove si tratti delle regioni particolarmente svantaggiate di cui all'articolo 2, delle azioni di sostegno previste nel piano di cui al medesimo articolo 2. Deve essere, comunque, garantito il pieno utilizzo, nell'arco dell'intera giornata, delle strutture pubbliche;

c) *identica.*

2. Le regioni e le province autonome con i provvedimenti che dispongono i finanziamenti e la regolamentazione dei servizi delle aziende di servizi sanitari, al fine di conseguire risultati di miglioramento nella qualità delle prestazioni e nei costi dei

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 monospecialistica 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

servizi stessi, possono consentire il ricorso all'assistenza indiretta per le prestazioni esterne specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio anche presso strutture non convenzionate, nonchè per le prestazioni farmaceutiche. In tal caso le regioni e le province autonome adottano norme per consentire ai residenti nella regione o provincia di scegliere le modalità di assistenza con cadenza biennale. Per le prestazioni effettuate in regime di assistenza indiretta sarà effettuato il rimborso al singolo utente entro 30 giorni, al netto della quota di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito, sulla base di prontuari e tariffari approvati annualmente dalla giunta regionale o della provincia autonoma, sentite le organizzazioni sindacali più rappresentative e gli ordini professionali interessati.

3. Le istituzioni sanitarie private che erogano esclusivamente prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico di analisi chimico-cliniche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, 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 da società. Ove si tratti di società, questa è tenuta a dare comunicazione scritta, alla regione o provincia autonoma che ha stipulato la convenzione, dell'elenco dei propri soci o dei soggetti intestatari di azioni o di quote di capitale, dell'elenco dei soci delle società alle quali sono intestate le azioni o le quote, nonchè dei soci delle società che comunque la controllano direttamente o indirettamente, con l'indicazione del numero delle azioni o dell'entità delle quote da essi possedute. Deve essere data comunicazione scritta anche di ogni modificazione nella composizione societaria e di ogni trasferimento a qualsiasi titolo di quote o di azioni che interessino più del 5 per cento del

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

capitale sociale. Le istituzioni sanitarie di cui al presente comma 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. Le branche di radiologia, radioterapia e medicina nucleare hanno un direttore medico specialista rispettivamente in radiologia diagnostica, radioterapia e medicina nucleare; la branca di laboratorio un direttore medico, biologo o chimico specialisti in una delle discipline attinenti al laboratorio. Nel caso di struttura monospecialistica 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 attrezzature e di personale che deve essere prevalentemente sanitario, 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 all'articolo 48, terzo comma, numero 2, della stessa legge. Il piano sanitario nazionale e quelli regionali determinano i limiti entro i quali possono essere concesse le autorizzazioni all'apertura e all'esercizio delle istituzioni sanitarie private. Le regioni e le province autonome, in conformità a quanto disposto dalle proprie leggi di programmazione sanitaria, in relazione a quanto specificato al comma 1 del presente articolo, dispongono la stipula delle convenzioni di cui al predetto articolo 44 della legge n. 833 del 1978, tenendo conto della tipologia e dell'inquadramento delle prestazioni da erogare nell'ambito delle strutture gestite da istituzioni sanitarie private di ricovero e cura e dei poliambulatori. Si applicano le disposizioni

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

di legge relative alla prevenzione della delinquenza di tipo mafioso.

4. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, detta norme per la istituzione su tutto il territorio nazionale del controllo di qualità sulla diagnostica strumentale e di laboratorio.

5. Per quanto concerne le prestazioni connesse a tecnologie innovative, individuate dal Ministro della sanità, e in prima applicazione, con riferimento alla tomografia assiale computerizzata, alla risonanza magnetica nucleare, e alla tomografia di emissione (PET, SPET), le regioni e le province autonome sono tenute a potenziare le strutture pubbliche sia a gestione diretta che convenzionate obbligatoriamente, considerando questo impegno tra le priorità del piano straordinario di investimenti, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, 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; in questo caso i cittadini hanno diritto al rimborso di un importo pari alla tariffa della medesima prestazione convenzionata. Per le prestazioni non previste dalla convenzione il rimborso è pari alla tariffa definita dal Ministro della sanità, al netto della quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, dietro esibizione della ricevuta fiscale di avvenuto pagamento. Si applicano anche per questa modalità assistenziale le esenzioni dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti. Gli esenti per reddito possono, se la struttura

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

privata ne dichiara l'accettazione, delegare la stessa a riscuotere il rimborso spettante.

6. *Identico.*

7. Le tariffe per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale in convenzionamento esterno fissate nell'ambito degli accordi unici nazionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, costituiscono un limite massimo per la contrattazione regionale, da effettuarsi per fasce specialistiche di prestazioni, con l'obbligo di assicurare i necessari controlli di qualità.

8. Gli accordi collettivi fissano i livelli di contrattazione decentrata. A modifica di quanto disposto dall'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono riservate alla contrattazione decentrata:

a) la definizione di norme volte ad assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale con i servizi e le attività degli altri livelli operativi del Servizio sanitario nazionale, al fine di razionalizzare il ricorso alle prestazioni;

b) le forme di partecipazione attiva al complesso delle funzioni demandate al livello distrettuale;

c) la determinazione di *standard* strutturali ed organizzativi degli studi medici ed ambulatori;

d) le forme di incentivazione in rapporto alla ottimizzazione e razionalizzazione delle spese sanitarie, salvaguardando il livello di qualità dell'assistenza erogata e promuovendo azioni mirate alla qualità nei servizi;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(V., in diversa formulazione, la lettera f) del comma 5 del presente articolo).

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

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

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale comma 9 del presente articolo).

f) l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

9. Gli accordi collettivi nazionali, devono prevedere, ad integrazione di quanto fissato dall'articolo 48, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, norme volte a determinare:

a) il limite di età per l'instaurazione e la cessazione del rapporto convenzionale e le altre cause di modificazione e cessazione del rapporto, anche in riferimento a sopravvenuta accertata inabilità;

b) l'entità del compenso per visite e prestazioni occasionali.

Art. 12.

(Personale dipendente)

1. Il rapporto di lavoro del personale dipendente dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere, è regolato da accordi sindacali che ne disciplinano, fatto salvo quanto previsto dai decreti legislativi di cui al comma 4 del presente articolo, ed a decorrere dalla data di entrata in vigore degli stessi, gli istituti relativi agli aspetti normativi e retributivi. Non si applicano gli articoli 2, 3, 5, 9, 11, 12, 14 e 15 della legge 29 marzo 1983, n. 93, e le 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. Gli accordi sindacali previsti dal presente comma sono obbligatori *erga omnes* ai sensi delle disposizioni legislative vigenti per i

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

contratti di lavoro dal giorno della loro sottoscrizione.

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, fatte salve quelle di cui agli articoli 15, 25 e 26.

3. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o compartecipazione superiore al 5 per cento delle quote o azioni di imprese per le quali si possa configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, al direttore generale dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera, al quale spetta altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. L'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici, degli odontoiatri e dei veterinari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale è compatibile con il rapporto di lavoro, purché espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture delle aziende o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Gli accordi sindacali di cui al comma 1 stabiliscono la suddivisione e la proporzionale ripartizione dei proventi dell'attività libero-professionale tra il personale appartenente all'*équipe* pluriprofessionale della struttura ove essa viene esercitata e nel caso in cui vi concorra direttamente con la propria attività professionale. Per il miglior utilizzo delle attrezzature diagnostiche e dei complessi operatori delle strutture pubbliche, nonché per potenziare la produttività dei servizi è

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

consentito il superamento del tetto massimo del plus-orario per l'incentivazione fissato dalla contrattazione collettiva, in base ad accordi tra le singole aziende di servizi sanitari ed ospedaliere e gli operatori sanitari interessati. Le disposizioni del presente comma si applicano al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, secondo le modalità indicate al comma 4, lettera h), del presente articolo.

Soppresso

4. Il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, previa consultazione delle regioni, delle province autonome, degli organismi rappresentativi eventualmente costituiti a livello nazionale o regionale dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere, 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 principi vincolanti e criteri direttivi:

a) i regolamenti di organizzazione delle strutture di cui al comma 1 devono rispondere a criteri di funzionalità, di snellezza e

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

di flessibilità, garantendo la mobilità del personale nell'ambito delle aziende di servizi sanitari o delle aziende ospedaliere e assicurando, per inderogabili necessità assistenziali, la possibilità al direttore sanitario di trasferire, con atto motivato, in servizio o presidio diverso da quello di assegnazione, il personale occorrente per soddisfare l'esigenza funzionali delle attività di diagnosi e cura;

b) è individuata un'area funzionale della dirigenza articolata per ruoli: medico, amministrativo e dei professionisti laureati, 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. In sede di definizione dell'accordo sindacale ai sensi del comma 1, la negoziazione per l'area funzionale della dirigenza avviene distintamente per ciascun ruolo con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative;

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;

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 decentrata;

e) la dirigenza è articolata in due livelli. Al primo livello sono attribuite le funzioni di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile; al secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio. Per quanto riguarda l'attività sanitaria, spettano in particolare al dirigente appartenente al secondo livello gli indirizzi e, se necessario, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi clinici, diagnostici e terapeutici. Al primo livello della dirigenza si accede attraverso concorso pubblico per i posti disponibili, riservato al personale che abbia conseguito la laurea ed abbia svolto per almeno cinque anni presso strutture o aziende pubbliche o private attività lavorativa o di tirocinio e formazione comunque retribuite corrispondenti alle funzioni del posto messo a concorso. I medici e il personale sanitario del ruolo dei professionisti laureati dovranno svolgere le anzidette attività presso idonee strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o private convenzionate, nella disciplina attinente al posto messo a concorso, ovvero essere in possesso della specializzazione in detta disciplina acquisita secondo la normativa vigente per i paesi della Comunità economica europea. Il tirocinio dei medici da adibire alle attività di medicina generale non specialistica, anche in convenzione, dovrà essere effettuato presso reparti o servizi di medicina e di chirurgia, di almeno tre specialità, con permanenza presso ciascuno di essi per un periodo non inferiore a sei mesi. Per l'accesso al primo livello della dirigenza in anestesia e rianimazione, radiologia, medicina nucleare e radioterapia oncologica è indispensabile la specializzazione nella materia oggetto di concorso. Nei concorsi di accesso al primo livello della dirigenza, il diploma della specializzazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, e alla legge 19 novembre 1990, n. 341, riferito alla disciplina attinente al posto messo a concorso, costituisce titolo da valutare separatamente, con specifico punteggio fra quelli culturali e

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

scientifici. Al secondo livello della dirigenza può accedere il personale appartenente al primo livello da almeno cinque anni, che abbia superato apposito nuovo esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione, mediante l'espletamento di prove teoriche e pratiche, ovvero professori universitari di ruolo della fascia degli ordinari. L'attribuzione del secondo livello dirigenziale e delle conseguenti funzioni di direzione di unità omogenee di servizio viene effettuata, previo specifico avviso pubblico, dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, previo parere di una commissione nominata dal direttore generale stesso e composta dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo, a seconda del ruolo da ricoprire, e da due esperti, di cui uno designato dalla regione o provincia autonoma tra i professori universitari ordinari nella disciplina omogenea per materia a quella del dirigente da valutare, e uno designato dal consiglio di amministrazione, tra i dipendenti del Servizio sanitario nazionale aventi competenza professionale omogenea a quella del dirigente da valutare. Per il personale sanitario il predetto dipendente è designato dal consiglio dei sanitari e deve essere in possesso di competenze professionali e espletare funzioni di livello pari o equivalente a quello del dirigente da valutare. L'incarico di attribuzione ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo viene effettuato dal consiglio di amministrazione su proposta del direttore generale, il quale verifica il positivo espletamento dell'incarico. In caso di mancato rinnovo dell'incarico il consiglio di amministrazione adotta specifica motivata deliberazione su conforme proposta del direttore generale, il quale deve avvalersi del parere di una commissione composta dal direttore amministrativo, o dal direttore sanitario per il personale sanitario, da un esperto designato dal consiglio di amministrazione tra i dipendenti del Servizio sanitario nazionale

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

aventi competenza professionale omogenea a quella del dirigente da valutare, e da un esperto designato dalle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative o dal consiglio dei sanitari per il personale sanitario;

f) alle attività di formazione e tirocinio si accede mediante prove selettive secondo le direttive della Comunità economica europea in materia. Il numero complessivo dei medici e del restante personale dell'area della dirigenza da ammettere per ciascuna azienda sarà determinato tenuto conto della programmazione regionale in relazione alle esigenze funzionali. Le modalità organizzative, i contenuti e la metodologia didattica del periodo di formazione nella specifica disciplina verranno definite tenendo conto della normativa vigente in materia per i paesi della Comunità economica europea, nonché della necessità di garantire adeguati livelli di verifica della formazione acquisita;

g) sono previste nuove norme per la responsabilità dei dipendenti, comprese quelle disciplinari, per le procedure di sospensione e d'interruzione del rapporto di lavoro, privilegiando la salvaguardia della funzionalità dei servizi. Il licenziamento del dipendente può avvenire per giusta causa o per giustificato motivo;

h) sono stabilite le incompatibilità che configurano conflitto di interessi con il Servizio sanitario nazionale. Tali situazioni di incompatibilità e quelle di cui al comma 3 debbono cessare in relazione a situazioni pregresse, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge;

i) *identica*;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

l) il possesso dell'idoneità nazionale alle funzioni di primario, conseguita secondo la normativa vigente alla data di entrata in vigore della presente legge, costituisce titolo valutabile ai fini del nuovo esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui alla lettera e).

5. Gli accordi nazionali fissano i livelli della contrattazione decentrata. Sono riservate alla contrattazione decentrata, nel rispetto dei principi stabiliti dai decreti legislativi di cui al comma 4, la disciplina e l'attuazione degli istituti concernenti gli incentivi di produttività, la formazione e l'aggiornamento professionale, la mobilità all'interno della regione, i carichi di lavoro, l'orario di lavoro nei limiti del supero dell'orario contrattuale. Per il contratto nazionale la delegazione pubblica, istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è costituita da cinque rappresentanti delle regioni e delle province autonome, da due presidenti e due direttori generali di aziende di servizi sanitari o di aziende ospedaliere proposti dalla Conferenza, da due rappresentanti dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia (ANCI). L'anzidetta delegazione pubblica è integrata dai rappresentanti dei Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e per la funzione pubblica. 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 centottanta giorni dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 4.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(V., in identica formulazione, il comma 4 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera dei deputati).

(V., in diversa formulazione, il comma 15 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera dei deputati).

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

6. *Identico.*

7. Fino alla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 4, i concorsi relativi al personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale sono espletati secondo le norme vigenti.

8. 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.

9. 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 1989, ancorchè siano stati oggetto di autotutela, e relativi ai contenuti del suddetto articolo.

10. Gli specifici avvisi pubblici previsti dal presente articolo e dall'articolo 5, comma 2, lettere *g*) e *h*), vengono predisposti secondo principi direttivi improntati a criteri di rigorosa verifica dei requisiti di professionalità degli interessati, di volta in volta individuati ed indicati nel provvedimento di indizione, e non danno luogo a formazione di graduatoria.

11. Ai fini del necessario raccordo tra Servizio sanitario nazionale e formazione del relativo personale i provvedimenti di cui all'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, riguardanti attività professionali attinenti al settore sanitario, sono adottati di concerto con il Ministro della sanità.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso

12. Il rapporto di lavoro del personale degli istituti di cui all'articolo 8, comma 1, è disciplinato dal decreto ivi previsto in coerenza con i principi di cui al presente articolo.

13. Le disposizioni sul collocamento a riposo del personale medico dipendente di cui alla legge 19 febbraio 1991, n. 50, si estendono al personale dirigente del Servizio sanitario nazionale.

Art. 13.

(Regime dei controlli)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 9 del presente articolo).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in identica formulazione, quale comma 10 del presente articolo).

1. Gli atti dei consigli di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere sono sottoposti al controllo della giunta regionale o della provincia autonoma.

2. Al controllo di cui al comma 1 sono sottoposti i provvedimenti del direttore generale concernenti la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale e la deliberazione di programmi di spese pluriennali, nonché i provvedimenti di attuazione degli accordi collettivi di lavoro.

3. Tutti i provvedimenti del direttore generale, compresi quelli adottati per sua delega, sono esecutivi e vanno trasmessi per elenco al collegio dei revisori il quale, entro i cinque giorni successivi alla trasmissione, può richiederne copia per l'esame a campione. Detto elenco è pubblicato nell'albo dell'azienda. Qualora il collegio dei revisori riscontri motivi di illegittimità od inopportunità dei provvedimenti esaminati, può richiederne, entro dieci giorni dal ricevimento, il riesame da parte del direttore generale il quale, in caso di conferma,

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

deve adottare specifica motivazione in ordine ai rilievi sollevati, dandone comunicazione al collegio stesso. Avverso tutti i provvedimenti del direttore generale è ammesso ricorso, entro venti giorni dalla pubblicazione dell'elenco, alla giunta regionale o della provincia autonoma che può sospenderne l'esecutività. A tal fine la giunta regionale o della provincia autonoma istituisce un apposito comitato composto di tre membri, di cui uno esperto in materie giuridiche. Tale comitato esprime parere alla giunta stessa sulla legittimità degli atti oggetto di ricorso. La decisione del ricorso è adottata con decreto del Presidente della Regione. In caso di mancata decisione del ricorso entro trenta giorni del suo ricevimento, questo si intende respinto. Il rigetto del ricorso comporta la definitività del provvedimento impugnato.

4. I provvedimenti sottoposti all'approvazione della giunta regionale o della provincia autonoma diventano esecutivi senza ulteriore riscontro 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 modificato dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181.

5. Le regioni, le province autonome, le aziende di servizi sanitari e le aziende ospedaliere effettuano il controllo di gestione anche mediante società specializzate di revisione.

Soppresso

Soppresso (Collocato, in identica formulazione, quale comma 11 del presente articolo).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(V., in diversa formulazione, il comma 1 del presente articolo).

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

6. In caso di inottemperanza delle aziende di servizi sanitari 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.

7. Qualora ricorrano gravi motivi o la gestione di una azienda di servizi sanitari o di una azienda ospedaliera presenti una situazione di grave disavanzo per due esercizi consecutivi, il presidente della giunta regionale o della provincia autonoma, con proprio decreto, procede allo scioglimento del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori, alla revoca del direttore generale e alla nomina di un commissario straordinario.

8. Il regime dei controlli degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è disciplinato dal decreto di cui all'articolo 8, comma 1, in coerenza con i principi di cui ai commi da 1 a 7 del presente articolo. Gli atti degli istituti sono sottoposti al controllo del Ministero della sanità.

9. 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, assunti con le procedure previste dall'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabilite le modalità di funzionamento di tale sistema, sulla base dei seguenti principi:

a) rilevazione sistematica dei dati relativi al personale, alle prestazioni extraospedaliere, alle attività dei medici di medicina

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in identica formulazione, il comma 2 del presente articolo).

(V., in identica formulazione, il comma 6 del presente articolo).

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)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

generale, anche mediante l'automazione, ai ricoveri ospedalieri in funzione della casistica trattata, all'acquisto di beni e servizi, ai consumi e ai pagamenti per le analisi dell'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie nonchè ai connessi oneri finanziari;

b) elaborazione di sintesi esplicative e comunicazione delle stesse agli interessati per fini di autovalutazione nonchè 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 del Ministero della sanità 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.

10. 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.

11. 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.

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 aziende di servizi sanitari 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 dell'articolo

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

61, terzo comma, lettera *a)*, dell'articolo 65, primo comma - come sostituito dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 - e dell'articolo 66, primo comma, lettere *a)* e *b)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trasferiti alle aziende di servizi sanitari e alle aziende ospedaliere nel rispetto dei titoli originari di proprietà e sono amministrati dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere stesse, sulla base di atti di indirizzo emanati dalla giunta regionale o della provincia autonoma, 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 aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere, che abbiano ad 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. La stipula dell'atto è effettuata dall'ufficiale rogante all'uopo nominato dal direttore generale dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera senza spese a carico del donante. Le aziende di servizi sanitari e le aziende ospedaliere hanno facoltà di assumere provvisoriamente, prima dell'accettazione, gli oneri della custodia, conservazione e manutenzione dei beni di cui al presente comma, 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.

4. I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con decreto del presidente della giunta regionale o della provincia autonoma. Tale decreto costituisce titolo per la trascrizione nei registri immobiliari, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 15.

(Partecipazione e diritti dei cittadini)

1. *Identico*:

a) *identica*;

b) l'adozione del sistema della prenotazione oraria e il controllo delle liste d'attesa, nel rispetto della riservatezza per l'utente;

c) *identica*;

d) *identica*;

e) *identica*;

f) la predisposizione di strutture di servizio atte a realizzare nella struttura sanitaria, per la ospedalizzazione del bambino fino a 14 anni, la continuità del rapporto familiare con la presenza del genitore o di persone affettivamente legate al minore.

2. *Identico*.

3. *Identico*.

4. *Identico*.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 domici-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 16.

(Federazioni regionali degli Ordini)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 8 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

liare integrata e di speditività 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 sanitari, 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 terri-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

toriali 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 7 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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 trattenute 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 delegato 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,

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in identica formulazione, quale comma 8 dell'articolo 12 del testo proposto dalla Commissione).

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 4 dell'articolo 3 del testo proposto dalla Commissione).

Soppresso

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 1 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione).

(Cfr. il comma 2 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione).

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 5 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione).

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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, nonché della durata degli organi per un periodo non superiore a cinque anni, a cui uniformare la durata degli organi degli ordini provinciali e nazionali;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 4 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione).

1. Sono istituite le Federazioni regionali degli Ordini e le sezioni regionali degli Ordini nazionali di cui all'articolo 1, comma 8, 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 nelle forme e con le modalità stabilite con legge 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 delle sezioni regionali degli Ordini e dei Collegi nel rispetto dei seguenti criteri:

a) *identica*;

b) regolamentazione della nomina e della durata, comunque non superiore a cinque anni, degli organi delle Federazioni e delle sezioni regionali, identificabili in un consiglio regionale ed in un comitato direttivo, nonché degli Ordini e dei Collegi a livello nazionale e provinciale, i cui organi dovranno avere durata analoga a quella dei predetti organi delle Federazioni e delle sezioni regionali;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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, nonché la salvaguardia della rappresentanza delle minoranze ed il diritto all'elettorato attivo e passivo di tutti gli iscritti ai relativi albi.

(V., in diversa formulazione, il comma 7 del presente articolo).

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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

c) applicazione al personale dipendente, ivi compreso quello degli Ordini, dei Collegi e delle relative Federazioni nazionali, dei principi di cui all'articolo 12, in quanto compatibili.

2. Il Governo è delegato ad adottare, entro il 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, Ordini e Collegi, secondo principi tendenti ad assicurare il pieno assolvimento delle finalità istituzionali degli stessi Ordini e Collegi, nonché la salvaguardia della rappresentanza delle minoranze ed il diritto all'elettorato attivo e passivo di tutti gli iscritti ai relativi albi, senza oneri per lo Stato.

Art. 17.

(Riordino del Ministero della sanità, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro)

1. L'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, di seguito denominati «Istituti superiori», sono organi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e dipendono dal Ministro della sanità. Gli Istituti superiori sono dotati 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.

2. Il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, uno o più decreti legislativi per riordinare funzioni e attribuzioni e definire la conseguente organizzazione del Ministero della sanità e degli Istituti superiori, in sostituzione anche

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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, nonché 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 rap-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

della legge 7 agosto 1973, n. 519, 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 7 e quelli finalizzati alle attività di prevenzione di cui all'articolo 9, nonché 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 e le province autonome;

b) rideterminare l'assetto strutturale degli Istituti superiori in modo da assicurare il coordinamento di tipo dipartimentale con i servizi ed 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 ed il collegamento con gli Istituti superiori, gli organi collegiali di consulenza ed i comandi dei carabinieri posti alle dipendenze funzionali del Ministro della sanità e utilizzati dallo stesso in via prioritaria per scopi di interesse sanitario; prevedere, per l'Istituto superiore di sanità, l'istituzione di sedi decentrate sul territorio nazionale, con particolare riguardo alle regioni del Mezzogiorno, anche con riferimento a quanto disposto dall'articolo 2;

c) fermo restando l'attuale organico complessivo, 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 qualifi-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

porto 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

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

che 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) *identica*;

soppressa

e) prevedere per i medici, i veterinari, i farmacisti, i biologi ed i chimici dipendenti del Ministero della sanità l'istituzione di una indennità onnicomprensiva nella misura variabile occorrente per equiparare il trattamento economico complessivo degli stessi a quello dei medici, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi e dei chimici dipendenti dal Servizio sanitario nazionale di equivalenti funzioni ed anzianità, stabilendo la relativa tabella di equiparazione;

f) rideterminare l'assetto strutturale e territoriale degli uffici veterinari di confine, porto, aeroporto e dogana interna nonché gli uffici di sanità marittima ed aerea, adeguando l'articolazione e l'organizzazione di dette strutture alla normativa in tema di controlli sanitari intercomunitari.

3. 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

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

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.

(V., in diversa formulazione, il comma 9 del presente articolo).

(V., in diversa formulazione, il comma 8 del presente articolo).

Art. 17.

(Piano sanitario nazionale 1990-1994)

1. La ripartizione del finanziamento della prima annualità del piano sanitario nazio-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

previsione della spesa del Ministero della sanità.

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale lettera e) del comma 2 del presente articolo).

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 9 dell'articolo 12 del testo proposto dalla Commissione).

4. Gli Istituti superiori possono ricevere contributi 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 per fini diversi da quelli di lucro. I contributi non possono riguardare attività che comunque contrastino con i compiti istituzionali degli enti stessi.

5. Gli Istituti superiori sono autorizzati, in deroga alle disposizioni contenute nel decreto legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155, ad effettuare gestioni fuori bilancio, in attesa della riorganizzazione prevista al comma 2.

Art. 18.

(Finanziamento dei progetti-obiettivo e azioni programmate del piano sanitario nazionale; piani sanitari regionali)

1. Al finanziamento dei progetti-obiettivo e delle azioni programmate del piano

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

nale, 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

sanitario nazionale, la cui durata viene fissata in cinque anni a decorrere dal 1991, le regioni e le province autonome provvedono, per la parte in conto capitale, mediante utilizzazione dei finanziamenti derivanti dall'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, o con quote vincolate del finanziamento del Fondo sanitario nazionale di conto capitale, comprese le regioni a statuto speciale, e per la parte corrente vincolando specifiche quote del Fondo sanitario interregionale. A tale scopo esse utilizzano anche parte della quota di riserva del 4 per cento del Fondo sanitario interregionale di parte corrente, di cui all'articolo 1, comma 5, nonché risorse rese disponibili da economie di gestione o derivanti dall'incremento di produttività dei servizi delle aziende di servizi sanitari oppure eventuali finanziamenti specifici per programmi disposti da leggi di settore.

2. Le regioni e le province autonome, nel rispetto delle procedure previste dai relativi statuti, assicurano in sede di definizione dei piani sanitari regionali la consultazione delle confederazioni sindacali e delle associazioni sindacali di categoria.

Art. 19.

(Applicazione delle norme sulle autonomie locali)

Identico.

Art. 20.

(Disposizioni di attuazione)

1. *Identico.*

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

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 aziende di servizi sanitari, la costituzione delle aziende ospedaliere e la riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione, decadono tutti gli organi di amministrazione delle aziende di servizi sanitari. La regione o la provincia autonoma nomina commissari straordinari che provvedono alla gestione delle aziende di servizi sanitari 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 di 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. *Identico.*

Art. 21.

(Norme finali e transitorie)

1. Il primo periodo del primo comma dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, come sostituito dall'articolo 4 della legge 14 marzo 1968, n. 203, è sostituito dal seguente: «In seno al Consiglio superiore di sanità è istituita una segreteria generale diretta dal segretario generale del Consiglio superiore di sanità con qualifica di dirigente generale».

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

2. Il Ministero della sanità è autorizzato a bandire concorsi e a procedere alle relative assunzioni per la copertura di tutti i posti vacanti negli organici alla data di entrata in vigore della presente legge. Per la copertura dei posti previsti negli organigrammi tipo degli uffici periferici del Ministero della sanità di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 614, e successive modificazioni, i concorsi sono banditi su base regionale. Il Ministero della sanità è, altresì, autorizzato, in deroga all'articolo 2 della legge 29 dicembre 1988, n. 554, e successive modificazioni, ad utilizzare le graduatorie degli idonei, approvate nel quadriennio 1986-1990. Per la copertura dei posti disponibili nelle qualifiche iniziali il Ministero della sanità può bandire concorsi speciali con le modalità di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 giugno 1986, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1986, n. 462. È abrogato il comma 3 dell'articolo 17 del medesimo decreto-legge 18 giugno 1986, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1986, n. 462.

3. I posti delle qualifiche di primo dirigente, vacanti alla data di entrata in vigore della presente legge, verranno coperti con le modalità di cui all'articolo 1 della legge 30 settembre 1978, n. 583. I posti delle qualifiche di dirigente superiore, vacanti alla data di entrata in vigore della presente legge, verranno conferiti per metà secondo il turno di anzianità e per metà con le modalità di cui all'articolo 1 della legge 30 settembre 1978, n. 583.

4. Il contingente dei comandi dei carabinieri operanti alle dipendenze funzionali del Ministero della sanità è posto fuori organico, con gradualità, entro un quinquennio dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui all'articolo 17, comma 2.

5. Le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 2, lettera e), vengono estese con provvedimenti delle regioni e delle province autonome ai medici, ai veterinari, ai

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

farmacisti, ai biologi e ai chimici dipendenti dalle stesse.

6. Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il *curriculum* formativo e professionale dalle vigenti disposizioni, può essere attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività nel settore delle infezioni da HIV.

7. Le assunzioni per la posizione funzionale di assistente medico già effettuate o in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, sulla base di procedure concorsuali distinte per discipline, conservano validità a tutti gli effetti.

Art. 22.

(Norme abrogative)

1. Le norme incompatibili con la presente legge sono abrogate; tuttavia esse continuano ad essere applicate fino alla data di entrata in vigore delle leggi regionali e delle province autonome di cui all'articolo 5, comma 1.

2. L'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613, è abrogato.

Soppresso