

LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

LEGGE 30 novembre 1998, n. 419.

Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

ART. 1.

(Delega al Governo).

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni modificative e integrative del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sulla base dei principi e dei criteri direttivi previsti dall'articolo 2.

2. L'esercizio della delega di cui al comma 1 deve avvenire nel rispetto delle competenze trasferite alle regioni con il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.

3. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1, ciascuno dei quali deve

essere corredato di relazione tecnica sugli effetti finanziari delle disposizioni in esso contenute, il Governo acquisisce il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per le conseguenze di carattere finanziario, nonchè della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. I pareri sono espressi, rispettivamente, entro quaranta giorni ed entro trenta giorni dalla ricezione degli schemi stessi. Il parere della Conferenza unificata è immediatamente trasmesso alle Commissioni parlamentari predette. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1, per le parti aventi riflessi sull'organizzazione del lavoro e sul rapporto di impiego nonchè sull'età pensionabile, sono sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

4. L'esercizio della delega di cui alla presente legge non comporta complessivamente oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato e degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

ART. 2.

(Principi e criteri direttivi di delega).

1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute e dei principi e degli obiettivi previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni;

b) completare il processo di regionalizzazione e verificare e completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale;

c) regolare la collaborazione tra i soggetti pubblici interessati, tenendo conto delle strutture equiparate ai sensi dell'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, i cui regolamenti siano stati approvati dal Ministero della sanità; regolare e distribuire i compiti tra i soggetti pubblici interessati ed i soggetti privati, in particolare quelli del privato sociale non aventi scopo di lucro, al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria;

d) garantire la libertà di scelta e assicurare che il suo esercizio da parte dell'assistito, nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati e con i quali il Servizio sanitario nazionale intrattenga appositi rapporti, si svolga nell'ambito della programmazione sanitaria;

e) realizzare la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione ed alla valutazione dei servizi sanitari; dare piena attuazione alla carta dei servizi anche mediante verifiche sulle prestazioni sanitarie nonchè la più

ampia divulgazione dei dati qualitativi ed economici inerenti alle prestazioni erogate;

f) razionalizzare le strutture e le attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, al fine di eliminare sprechi e disfunzioni;

g) perseguire l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari a garanzia del cittadino e del principio di equità distributiva;

h) definire linee guida al fine di individuare le modalità di controllo e verifica, da attuare secondo il principio di sussidiarietà istituzionale e sulla base anche di appositi indicatori, dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, in modo da razionalizzare la utilizzazione delle risorse nel perseguimento degli scopi di cui alla lettera a);

i) attribuire, nell'ambito delle competenze previste dal riordino del Ministero della sanità, operato ai sensi della legge 15 marzo 1997, n. 59, i compiti e le funzioni tecnico-scientifici e di coordinamento tecnico all'Istituto superiore di sanità, all'agenzia per i servizi sanitari regionali e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro;

l) potenziare il ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale, anche con la costituzione di un apposito organismo a livello regionale, nonchè nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione, pur restando esclusi i comuni stessi da funzioni e responsabilità di gestione diretta del Servizio sanitario nazionale;

m) prevedere la facoltà per le regioni di creare organismi di coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree me-

tropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142;

n) prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali; stabilire principi e criteri per l'adozione, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, di un atto di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 14 agosto 1985, che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria; anche in attuazione del Piano sanitario nazionale;

o) tenere conto, nella disciplina della dirigenza del ruolo sanitario di strutture del Servizio sanitario nazionale operanti nell'area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, del carattere interdisciplinare delle strutture stesse e prevedere idonei requisiti per l'accesso, in coerenza con le restanti professionalità del comparto. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la solidarietà sociale; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali;

p) prevedere, in attuazione dei decreti legislativi 3 febbraio 1993, n. 29, e

successive modificazioni, e 31 marzo 1998, n. 80, l'estensione del regime di diritto privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria, determinando altresì criteri generali sulla cui base disciplinare, in sede di contrattazione collettiva nazionale, l'organizzazione del lavoro, con particolare riferimento al modello dipartimentale;

q) prevedere le modalità per pervenire per aree, funzioni ed obiettivi, a regime, all'esclusività del rapporto di lavoro, quale scelta individuale per il solo personale della dirigenza sanitaria in ruolo al 31 dicembre 1998, da incentivare anche con il trattamento economico aggiuntivo di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, secondo modalità applicative definite in sede di contrattazione collettiva nazionale di lavoro;

r) prevedere la facoltà per le aziende unità sanitarie locali e per le aziende ospedaliere di stipulare contratti a tempo determinato per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale relativi a profili diversi da quello medico a soggetti che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti;

s) prevedere la facoltà per le aziende unità sanitarie locali e per le aziende ospedaliere, esclusivamente per progetti finalizzati e non sostitutivi dell'attività ordinaria, di stipulare contratti a tempo determinato di formazione e lavoro con soggetti in possesso del diploma di laurea o con personale non laureato in possesso di specifici requisiti;

t) rendere omogenea la disciplina del trattamento assistenziale e previdenziale dei soggetti nominati direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario di azienda, nell'ambito dei trattamenti assistenziali e previdenziali previsti dalla legislazione vigente, prevedendo altresì per i dipendenti privati l'applicazione dell'articolo 3, comma 8, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

u) ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle

aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, prevedendo, tra l'altro, la certificazione della frequenza di un corso regionale di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di durata non superiore a sei mesi, secondo modalità dettate dal Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e semplificare le modalità di nomina e di revoca dall'incarico rendendole coerenti con il completamento del processo di aziendalizzazione, con la natura privatistica e fiduciaria del rapporto e con il principio di responsabilità gestionale; assicurare il coinvolgimento dei comuni e dei loro organismi di rappresentanza nel procedimento di revoca e nel procedimento di valutazione dei direttori generali, con riguardo ai risultati conseguiti dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, rispetto agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e locale; prevedere criteri per la revisione del regolamento, recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, rapportando l'eventuale integrazione del trattamento economico annuo alla realizzazione degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria regionale e stabilendo che il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo sia definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa;

v) garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, prevedendo la periodica elaborazione da parte del Governo, sentite le Federazioni degli ordini, di linee guida rivolte alle amministrazioni competenti e la determinazione, da parte del Ministro della sanità, sentita la Conferenza perma-

nente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, del fabbisogno di personale delle strutture sanitarie, ai soli fini della programmazione, da parte del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, degli accessi ai corsi di diploma per le professioni sanitarie e della ripartizione tra le singole scuole del numero di posti per la formazione specialistica dei medici e dei medici veterinari, nonché degli altri profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario; prevedere che i protocolli d'intesa tra le regioni e le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 6, commi 1 e 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da attuare nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, siano definiti sulla base di apposite linee guida, predisposte dal Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; prevedere che con gli stessi protocolli siano individuate le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali, sulla base di parametri predeterminati a livello nazionale, in coerenza con quanto disposto dal decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 5 agosto 1997;

z) collegare le strategie e gli strumenti della ricerca sanitaria alle finalità del Piano sanitario nazionale, prevedendo, d'intesa tra i Ministri interessati, modalità di coordinamento con la complessiva ricerca biomedica e strumenti e modalità di integrazione e di coordinamento tra ricerca pubblica e ricerca privata;

aa) ridefinire il ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale sono individuati gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale; demandare ad appositi organi-

smi scientifici del Servizio sanitario nazionale l'individuazione dei criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni sanitarie, disciplinando la partecipazione a tali organismi delle società scientifiche accreditate, anche prevedendo sistemi di certificazione della qualità;

bb) stabilire i tempi e le modalità generali per l'attivazione dei distretti e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento nonché, nell'ambito della ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, quelle per la loro integrazione nell'organizzazione distrettuale, rapportando ai programmi di distretto e agli obiettivi in tale sede definiti la previsione della quota variabile del compenso spettante ai suddetti professionisti, correlata comunque al rispetto dei livelli di spesa programmati di cui all'articolo 8, comma 1, lettera *c)*; del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

cc) riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria, di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, precisando che esse si riferiscono a prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale, con questi comunque integrate, ammettendo altresì la facoltà per le regioni, le province autonome e gli enti locali e per i loro consorzi di partecipare alla gestione delle stesse forme integrative di assistenza;

dd) stabilire, fermi restando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le modalità e i criteri per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie; semplificare le procedure per gli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non auto-

sufficienti, finanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, fino a prevedere, in caso di inerzia o ritardo immotivato da parte delle aziende e delle regioni e delle province autonome nell'esecuzione e nel completamento dei suddetti interventi, la riduzione dei finanziamenti già assegnati e la loro riassegnazione;

ee) garantire l'attività di valutazione e di promozione della qualità dell'assistenza, prevedendo apposite modalità di partecipazione degli operatori ai processi di formazione; rafforzare le competenze del consiglio dei sanitari in ordine alle funzioni di programmazione e di valutazione delle attività tecnico-sanitarie e assistenziali dell'azienda;

ff) definire i criteri generali in base ai quali le regioni determinano istituti per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini alla programmazione ed alla valutazione della attività delle aziende sanitarie, secondo quanto previsto dagli articoli 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

gg) definire un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, in applicazione dei criteri posti dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997, che le regioni attuano in coerenza con le proprie scelte di programmazione, anche al fine di consentire la tenuta e l'aggiornamento periodico dell'elenco delle prestazioni erogate e delle relative liste di attesa, per consentirne una facile e trasparente pubblicità;

hh) definire, ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, *standard* minimi di strutture, attrezzature e personale, che assicurino tutti i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento;

ii) precisare i criteri distintivi e gli elementi caratterizzanti per l'individua-

zione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con particolare riguardo alle caratteristiche organizzative minime delle stesse ed al rilievo nazionale o interregionale delle aziende ospedaliere;

ll) definire il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori, classificati ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, tenendo in considerazione, per quanto attiene alle strutture private, la specificità di quelle non aventi fini di lucro, nel pieno rispetto dei criteri di efficacia e di efficienza;

mm) prevedere, insieme al pagamento a tariffa delle prestazioni, livelli di spesa e modalità di contrattazione per piani di attività che definiscano volumi e tipologie delle prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa definiti in rapporto alla spesa capitaria e tenendo conto delle caratteristiche di complessità delle prestazioni erogate in ambito territoriale; prevedere le modalità di finanziamento dei presidi ospedalieri interni alle aziende unità sanitarie locali;

nn) prevedere le modalità e le garanzie attraverso le quali l'agenzia per i servizi sanitari regionali individua, in collaborazione con le regioni interessate, gli interventi da adottare per il recupero dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità nella gestione dei servizi sanitari e fornisce alle regioni stesse il supporto tecnico per la redazione dei programmi operativi, trasmettendo le relative valutazioni al Ministro della sanità;

oo) prevedere le modalità e le garanzie, con le quali il Ministro della sanità, valutate le situazioni locali e sulla base delle segnalazioni trasmesse dall'agenzia per i servizi sanitari regionali, ai sensi della lettera *nn)*, sostiene i programmi di cui alla medesima lettera; applica le adeguate penalizzazioni, secondo meccanismi automatici di riduzione e dilazione dei flussi finanziari in caso di inerzia o ritardo delle regioni nell'adozione o nell'attuazione di tali programmi, sentito il parere dell'agenzia; individua, su parere dell'agenzia e pre-

via consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, forme di intervento del Governo volte a far fronte, nei casi più gravi, all'eventuale inerzia delle amministrazioni;

pp) stabilire modalità e termini di riduzione dell'età pensionabile per il personale della dirigenza dell'area medica dipendente dal Servizio sanitario nazionale e, per quanto riguarda il personale universitario, della cessazione dell'attività assistenziale nel rispetto del proprio stato giuridico; prevedere altresì limiti di età per la cessazione dei rapporti convenzionali di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

qq) escludere la stipulazione di nuove convenzioni con i soggetti di cui all'articolo 8, commi 1-*bis* e 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevedendo, nell'ambito del superamento dei rapporti convenzionali previsti dalle stesse disposizioni, la dinamicità dei requisiti di accesso ai fini dell'inquadramento in ruolo nonchè la revisione dei rapporti convenzionali in atto, escludendo, comunque, il servizio medico di continuità assistenziale;

rr) prevedere le modalità attraverso le quali il dipartimento di prevenzione, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, cui vengono assegnate nell'ambito della programmazione sanitaria apposite risorse, nel quadro degli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale e in base alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione residente, fornisce il proprio supporto alla direzione aziendale, prevedendo forme di coordinamento tra le attività di prevenzione effettuate dai distretti e dai dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali; definire le modalità del coordinamento tra i dipartimenti di prevenzione e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente; prevedere modalità per assicurare ai servizi di sanità pubblica veterinaria delle aziende unità sanitarie locali autonomia tecnico-funzionale

ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale.

2. La regione Valle d'Aosta, la regione Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la propria legislazione, in coerenza con il sistema di autofinanziamento del settore sanitario e nei limiti dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione, ai principi fondamentali dei decreti legislativi attuativi della presente legge.

ART. 3.

*(Modifiche al decreto legislativo
30 dicembre 1992, n. 502).*

1. All'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: « I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative ». Al medesimo comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari ».

2. All'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il primo periodo è inserito il seguente: « Le università concordano con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei protocolli d'intesa di cui al presente comma, ogni eventuale utilizzazione di strutture assistenziali private, purché accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, in altre strutture pubbliche ».

ART. 4.

(Testo unico).

1. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad emanare un decreto legislativo recante un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge concernenti l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni previste dai decreti legislativi di cui all'articolo 1 con quelle vigenti nella stessa materia, ed in particolare con quelle previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, apportando le opportune modificazioni integrative e correttive nonché quelle necessarie al fine del coordinamento stesso. Dopo nove mesi dalla emanazione del decreto legislativo di cui al presente comma, il Governo presenta alle competenti Commissioni parlamentari una relazione sullo stato di attuazione.

2. Il decreto legislativo di cui al comma 1 è emanato previo parere delle competenti Commissioni parlamentari e della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. I pareri sono espressi, rispettivamente, entro quaranta ed entro trenta giorni dalla data di trasmissione dello schema di decreto legislativo. Il parere reso dalla Conferenza unificata è immediatamente trasmesso alle competenti Commissioni parlamentari. Il Governo, nei trenta giorni successivi all'espressione dei pareri delle competenti Commissioni parlamentari, ritrasmette, con le sue osservazioni e con le eventuali modificazioni, lo schema di decreto legislativo alle medesime Commissioni per il parere definitivo, che deve essere reso entro venti giorni.

ART. 5.

*(Riordino della medicina
penitenziaria).*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata invi-

gore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate mediante forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria;

b) assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria;

c) prevedere l'organizzazione di una attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia;

d) prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali;

e) prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione.

2. Entro diciotto mesi dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il Governo adotta, anche con riferimento all'esito delle sperimentazioni, uno o più decreti legisla-

tivi recanti disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi di cui al comma 1, sentito il parere delle competenti Commissioni parlamentari.

3. L'esercizio della delega di cui al presente articolo avviene attraverso l'esclusiva utilizzazione delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia secondo quanto disposto dal comma 1, lettera e), e senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato.

ART. 6.

(Ridefinizione dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale).

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi volti a ridefinire i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, attenendosi ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) rafforzare i processi di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati fra regione e università, che prevedano l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica;

b) assicurare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca;

c) assicurare la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale e le idonee disposizioni in materia di personale.

2. Si applica alla delega di cui al comma 1 il disposto dell'articolo 1, commi 3 e 4, della presente legge.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 30 novembre 1998

SCÀLFARO

D'ALEMA, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della sanità*

Visto, *il Guardasigilli*: DILIBERTO

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 4230):

Presentato dal Ministro della sanità (BINDI) il 9 ottobre 1997.

Assegnato alla XII commissione (Affari sociali), in sede referente, il 7 novembre 1997, con pareri delle commissioni I, V, VII e XI.

Esaminato dalla XII commissione il 19 dicembre 1997; 20 gennaio 1998; 10, 17 e 18 febbraio 1998; 31 marzo 1998; 1, 14, 15, 22, 23, 28, 29 aprile 1998; 14 maggio 1998.

Esaminato in aula il 18, 19 e 20 maggio 1998 e approvato il 26 maggio 1998.

Senato della Repubblica (atto n. 3299):

Assegnato alla 12ª commissione (Sanità) in sede referente, il 2 giugno 1998, con pareri delle commissioni 1ª, 2ª, 5ª, 7ª, 11ª e della commissione parlamentare per le questioni regionali.

Esaminato dalla 12ª commissione il 16, 17, 23, 24 giugno 1998; 7, 8, 14 e 15 luglio 1998.

Relazione scritta annunciata il 30 luglio 1998 (atto n. 3299/A - relatore sen. PAPINI).

Esaminato in aula il 30 luglio 1998; 15, 16, 17 settembre 1998 e approvato, con modificazioni, il 22 settembre 1998.

Camera dei deputati (atto n. 4230/B):

Assegnato alla XII commissione (Affari sociali), in sede referente, il 24 settembre 1998, con pareri delle commissioni I, II, V, VII e XI.

Esaminato dalla XII commissione il 29, 30 settembre 1998; 1º ottobre 1998.

Esaminato in aula il 1º, 2 ottobre 1998; 4, 5 novembre 1998 e approvato il 10 novembre 1998.

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note all'art. 1:

— Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), pubblicato nel supplemento ordinario alla

Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992 è stato in parte modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421), pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 293 del 15 dicembre 1993. Il testo del citato decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993, è stato pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 4 del 7 gennaio 1994.

— Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59), è stato pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 92 del 21 aprile 1998.

— L'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la conferenza Stato-città ed autonomie locali), è il seguente:

«Art. 8 (*Conferenza Stato-città ed autonomie locali e conferenza unificata*). — 1. La conferenza Stato-città ed autonomie locali è unificata per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la conferenza Stato-regioni.

2. La conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali; ne fanno parte altresì il Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, il Ministro delle finanze, il Ministro dei lavori pubblici, il Ministro della sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani - UNCEM. Ne fanno parte inoltre quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'art. 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

3. La conferenza Stato-città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisi la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM.

4. La conferenza unificata di cui al comma 1 è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Le sedute sono presiedute dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli affari regionali o, se tale incarico non è conferito, dal Ministro dell'interno».

— L'art. 25 della legge 5 agosto 1978, n. 468 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio, nel testo modificato dall'art. 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463 (Misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica, disposizioni per vari settori della pubblica amministrazione e proroga di taluni termini), convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, è il seguente:

«Art. 25 (*Normalizzazione dei conti degli enti pubblici*). — Ai comuni, alle province e relative aziende, nonché a tutti gli enti pubblici non economici compresi nella tabella A allegata alla presente legge, a quelli determinati ai sensi dell'ultimo comma del presente articolo, gli enti ospedalieri, sino all'attuazione delle apposite norme contenute nella legge di riforma sanitaria, alle aziende autonome dello Stato, agli enti portuali ed all'ENEL, è fatto obbligo, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, di adeguare il sistema della contabilità ed i relativi bilanci a quello annuale di competenza e di cassa dello Stato, provvedendo alla esposizione della spesa sulla base della classificazione economica e funzionale ed evidenziando, per l'entrata, gli introiti in relazione alla provenienza degli stessi, al fine di consentire il consolidamento delle operazioni interessanti il settore pubblico.

La predetta tabella A potrà essere modificata con decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del tesoro e di quello del bilancio e della programmazione economica.

Per l'ENEL e le aziende di servizi che dipendono dagli enti territoriali, l'obbligo di cui al primo comma si riferisce solo alle previsioni e ai consuntivi di cassa, restando ferme per questi enti le disposizioni che regolano la tenuta della contabilità.

Gli enti territoriali presentano in allegato ai loro bilanci i conti consuntivi delle aziende di servizi che da loro dipendono, secondo uno schema tipo definito dal Ministro del tesoro, sentite le associazioni delle aziende.

Ai fini della formulazione dei conti pluriennali della finanza pubblica è fatto obbligo agli enti di cui al presente articolo di fornire al Ministro del tesoro informazioni sui prevedibili flussi delle entrate e delle spese per gli anni considerati nel bilancio pluriennale, ove questi non risultino già dai conti pluriennali prescritti da specifiche disposizioni legislative.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, con proprio decreto, individua gli organismi e gli enti anche di natura economica che gestiscono fondi direttamente o indirettamente interessanti la finanza pubblica, con eccezione degli enti di gestione delle partecipazioni statali e degli enti autonomi fieristici, ai quali si applicano le disposizioni del presente articolo. Per gli enti economici l'obbligo di cui al primo comma si riferisce solo alle previsioni ed ai consuntivi in termini di cassa».

— Si riporta il testo dell'art. 27 della citata legge 5 agosto 1978, n. 468:

«Art. 27 (*Leggi con oneri a carico dei bilanci degli enti del settore pubblico allargato*). — Le leggi che comportano oneri, anche sotto forma di minori entrate, a carico dei bilanci degli enti di cui al precedente art. 25 devono contenere la previsione dell'onere stesso nonché l'indicazione della copertura finanziaria riferita ai relativi bilanci, annuali e pluriennali».

Note all'art. 2:

— Il testo degli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale), nel testo modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 1993, n. 177, che, a seguito del referendum indetto con decreto del Presidente della Repubblica 25 febbraio 1993, ha disposto l'abrogazione dell'art. 2, secondo comma, lettera h), della legge, è il seguente:

«Art. 1 (*I principi*). — La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge».

«Art. 2 (*Gli obiettivi*). — Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;

2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;

5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzati di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;

8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del Servizio sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese;

b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;

c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici».

— Il comma 12 dell'art. 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

«12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti e esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico-organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, e a parte compatibile, ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità».

— La legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa), è stata pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 63 del 17 marzo 1997.

— L'art. 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142 (Ordinamento delle autonomie locali), è il seguente:

«Art. 17 (*Aree metropolitane*). — 1. Sono considerate aree metropolitane le zone comprendenti i comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Napoli e gli altri comuni i cui insediamenti abbiano con essi rapporti di stretta integrazione in ordine alle attività economiche, ai servizi essenziali alla vita sociale, nonché alle relazioni culturali e alle caratteristiche territoriali».

— L'art. 8 della citata legge 15 marzo 1997, n. 59, è il seguente:

«Art. 8. — 1. Gli atti di indirizzo e coordinamento delle funzioni amministrative regionali, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive relative all'esercizio delle funzioni delegate, sono adottati previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, o con la singola regione interessata.

2. Qualora nel termine di quarantacinque giorni dalla prima consultazione l'intesa non sia stata raggiunta, gli atti di cui al comma 1 sono adottati con deliberazione del Consiglio dei Ministri, previo parere della commissione parlamentare per le questioni regionali da esprimere entro trenta giorni dalla richiesta.

3. In caso di urgenza il Consiglio dei Ministri può provvedere senza l'osservanza delle procedure di cui ai commi 1 e 2. I provvedimenti in tal modo adottati sono sottoposti all'esame degli organi di cui ai commi 1 e 2 entro i successivi quindici giorni. Il Consiglio dei Ministri è tenuto a riesaminare i provvedimenti in ordine ai quali siano stati espressi pareri negativi.

4. Gli atti di indirizzo e coordinamento, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive adottate con deliberazione del Consiglio dei Ministri, sono trasmessi alle competenti commissioni parlamentari.

5. Sono abrogate le seguenti disposizioni concernenti funzioni di indirizzo e coordinamento dello Stato:

a) l'art. 3 della legge 22 luglio 1975, n. 382;

b) l'art. 4, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, il primo comma del medesimo articolo limitatamente alle parole da: "nonché la funzione di indirizzo" fino a: "n. 382" e alle parole "e con la Comunità economica europea", nonché il terzo comma del medesimo articolo, limitatamente alle parole: "impartisce direttive per l'esercizio delle funzioni amministrative delegate alle regioni, che sono tenute ad osservarle, ed";

c) l'art. 2, comma 3, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400, limitatamente alle parole: "gli atti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e, nel rispetto delle disposizioni statutarie, delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano";

d) l'art. 13, comma 1, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n. 400, limitatamente alle parole: "anche per quanto concerne le funzioni statali di indirizzo e coordinamento";

e) l'art. 1, comma 1, lettera hh), della legge 12 gennaio 1991, n. 13.

6. È soppresso l'ultimo periodo della lettera a) del primo comma dell'art. 17 della legge 16 maggio 1970, n. 281».

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985 (Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833), è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 14 agosto 1985.

— L'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo) è il seguente:

«Art. 17 (*Ulteriori disposizioni in materia di semplificazione dell'attività amministrativa e di snellimento dei procedimenti di decisione e di controllo*). (Omissis).

95. L'ordinamento degli studi dei corsi di diploma universitario, di laurea e di specializzazione di cui agli articoli 2, 3 e 4 della legge 19 novembre 1990, n. 341, è disciplinato dagli atenei, con le modalità di cui all'art. 11, commi 1 e 2, della predetta legge, in conformità a criteri generali definiti, nel rispetto della normativa comunitaria vigente in materia, sentiti il Consiglio universitario nazionale e le commissioni parlamentari competenti, con uno o più decreti del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con altri Ministri interessati, limitatamente ai criteri relativi agli ordinamenti per i quali il medesimo concerto è previsto alla data di entrata in vigore della presente legge, ovvero da disposizioni dei commi da 96 a 119 del presente articolo. I decreti di cui al presente comma determinano altresì:

a) la durata, il numero minimo di annualità e i contenuti minimi qualificanti per ciascun corso di cui al presente comma, con riferimento ai settori scientifico-disciplinari;

b) modalità e strumenti per l'orientamento e per favorire la mobilità degli studenti, nonché la più ampia informazione sugli ordinamenti degli studi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici;

c) modalità di attivazione da parte di università italiane, in collaborazione con atenei stranieri, dei corsi universitari di cui al presente comma, nonché di dottorati di ricerca, anche in deroga alle disposizioni di cui al capo II del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382».

— Il decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è stato pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 30 del 6 febbraio 1993.

— Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80 (Nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'art. 11, comma 4, della legge 15 marzo 1997, n. 59), è stato pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 82 dell'8 aprile 1998.

— L'art. 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), è il seguente:

«Art. 1 (*Misure in materia di sanità pubblica, impiego, istruzione, finanza regionale*). (Omissis).

12. Le direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 50, commi 4 e 5, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, indicano altresì i criteri per l'attribuzione di un trattamento economico aggiuntivo al personale che abbia optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. Tale opzione costituisce titolo di preferenza per il conferimento di incarichi comportanti direzioni di struttura ovvero per l'accesso agli incarichi di dirigenti del ruolo sanitario di secondo livello. Resta ferma la riduzione del 15 per cento della componente fissa di posizione della retribuzione per i dipendenti che optano per l'esercizio della libera professione extramuraria».

— L'art. 3, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

«Art. 3 (*Organizzazione delle unità sanitarie locali*). (Omissis).

8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora

il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto».

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere), è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 278 del 28 novembre 1995.

— Si riporta il testo dei commi 1 e 2 dell'art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502:

«Art. 6 (*Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*).

— 1. Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, d'intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo n. 257/1991, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'art. 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'art. 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257».

— Il decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997 (Linee guida per la stipula dei protocolli d'intesa università-regioni), è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 5 agosto 1997.

— L'art. 8, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

«Art. 8. (*Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*). 1.

(*Omissis*);

c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il

medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero».

— L'art. 9 del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (nel testo sostituito dall'art. 10 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 51), è il seguente:

«Art. 9 (*Forme integrative di assistenza sanitaria*). — 1. Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale. Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari sono le seguenti:

a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;

c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute.

Il fondo integrativo sanitario è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata.

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, con regolamento emanato dal Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono dettate disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi sanitari. Il regolamento disciplina:

1) le modalità di costituzione, in linea con i principi fissati dall'art. 4, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124;

2) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;

3) le forme di contribuzione;

4) le modalità della vigilanza facente capo al Ministero della sanità;

5) le modalità di scioglimento.

Le società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari sono equiparate ai fondi sanitari di cui al presente articolo».

— L'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (nel testo sostituito dall'art. 9 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517), è riportato, per intero, più avanti.

— L'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1988), come modificato dall'art. 4 del decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, è il seguente:

«Art. 20. — 1. È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 30.000 miliardi. Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

2. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;

c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è sufficiente;

e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;

g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;

h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro quattro mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione. I progetti sono sottoposti al vaglio di conformità del Ministero della sanità, per quanto concerne gli aspetti tecnico-

sanitari e in coerenza con il programma nazionale, e all'approvazione del CIPE che decide, sentito il Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici.

5-bis. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'art. 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'art. 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standards ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso.

6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.

7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988».

— L'art. 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 13 (*Attribuzioni dei comuni*). — Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni.

I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

I comuni, singoli o associati, assicurano, anche con riferimento alla legge 8 aprile 1976, n. 278, e alle leggi regionali, la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'art. 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi».

— L'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

«Art. 14 (*Diritti dei cittadini*). — 1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il

Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria; sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993.

7. È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei

diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/1991 e dalle leggi regionali attuative.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

— L'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), è il seguente:

«Art. 2 (*Definizione dei requisiti*). — 1. Le strutture di cui al successivo art. 4 sono tenute a rispettare e ad adeguarsi ai requisiti minimi generali e specifici, di cui all'art. 1. Restano ferme le prescrizioni contenute nella normativa nazionale, regionale e nei regolamenti edilizi comunali.

2. Le regioni disciplinano le modalità per l'accertamento e la verifica del rispetto dei requisiti minimi.

3. La verifica della permanenza dei requisiti minimi deve essere effettuata con periodicità almeno quinquennale e ogni qualvolta le regioni ne ravvisino la necessità ai fini del buon andamento delle attività sanitarie.

4. Le regioni determinano, ai sensi del combinato disposto dei commi 4 e 7 dell'art. 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, gli standards di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione di cui all'art. 1.

5. Nella determinazione dei requisiti ulteriori, le regioni si attengono ai seguenti criteri generali, volti ad assicurare:

a) che l'accreditamento della singola struttura sia funzionale alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale;

b) che il regime di concorrenzialità tra strutture pubbliche e private sia finalizzato alla qualità delle prestazioni sanitarie e si svolga secondo il criterio dell'eguaglianza di diritti e doveri delle diverse strutture, quale presupposto per la libera scelta da parte dell'assistito;

c) che sia rispettato il livello quantitativo e qualitativo di dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative correlate alla tipologia delle prestazioni erogabili, nonché alla classe di appartenenza della struttura;

d) che le strutture richiedenti presentino risultanza positiva rispetto al controllo di qualità anche con riferimento agli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni previsti dagli articoli 10, comma 3, e 14, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Le regioni disciplinano le modalità per la richiesta di accreditamento da parte delle strutture autorizzate, la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché la verifica triennale circa la permanenza dei requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento medesimo.

7. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli appositi rapporti di cui all'art. 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

8. I requisiti ulteriori, di cui ai commi 4 e 5, oltre che presupposto per l'accreditamento, costituiscono altresì il fondamento dei piani annuali preventivi, così come previsti e definiti dalla normativa vigente».

— Si riporta, per intero, il testo dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502:

«Art. 8 (*Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*). — 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico quando ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;

d) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;

e) concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitarario per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno prevedere le specificità di settori aventi caratteristiche particolari e garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme gradualistiche di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione. Ad essa è aggiunta una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati di cui alla lettera c) ed, eventualmente, delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;

g) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito prioritariamente ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici che, alla data del 31 dicembre 1992, risultavano titolari di incarico per il servizio della guardia medica, per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, e per i medici che alla data dell'entrata in vigore del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, risultavano iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale;

h) prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibili direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.

1-bis. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro il triennio indicato al comma 7, le regioni possono inoltre individuare aree di attività della guardia medica e della medicina dei servizi che, ai fini del migliora-

mento del servizio, richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici addetti a tali attività che al 31 dicembre 1992 risultavano titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3. Gli ordini ed i collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi ed ai collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli ordini o dai collegi sono decisi dalla commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria" ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta delle suddette strutture o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulare del Servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ove l'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato.

7. Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a venti-

nove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.

9. Le disposizioni di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, relative al divieto di esercizio di attività libero-professionali comunque prestate in strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, si estendono alle attività prestate nelle istituzioni e strutture private con le quali l'unità sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui al precedente comma 5».

— L'art. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (nel testo sostituito dall'art. 8 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517), è il seguente:

«Art. 7 (*Dipartimenti di prevenzione*). — 1. Le regioni istituiscono presso ciascuna unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle unità sanitarie locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi:

a) igiene e sanità pubblica;

b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria.

2. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.

3. I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici».

Note all'art. 3:

— L'art. 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (nel testo sostituito dall'art. 4 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dall'art. 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590 e dall'art. 3, comma 1, della presente legge), è il seguente:

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

zione amministrativa. *I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'art. 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative.* La nomina e direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994. Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità. *Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari».*

— Il testo dell'art. 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590 (si fa, peraltro, presente che la Corte costituzionale, con sentenza 13-25 luglio 1995, n. 373, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dei commi 1, 2, 4, 5 e 6 del presente articolo, nella parte in cui si applicano alla provincia autonoma di Bolzano), è il seguente:

«Art. 1. — 1. Il terzo periodo del comma 6 e il comma 10 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono abrogati. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo avviso da pubblicarsi almeno trenta giorni prima nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, nominano i direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere tra coloro che ne abbiano inoltrato domanda. La domanda deve contenere la dichiarazione del candidato di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui ai commi 9 e 11 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Chiunque nella dichiarazione espone fatti non conformi al vero è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. I candidati devono essere in possesso di un diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata formazione ed attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private, con esperienza dirigenziale acquisita per almeno cinque anni. Le nomine dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono effettuate entro il 31 dicembre 1994. Ove la regione o la provincia autonoma non provveda nei termini agli adempimenti di cui al presente comma, la nomina dei direttori generali è effettuata, previa diffida, con le medesime modalità dal Consiglio dei Ministri, su propo-

sta del Ministro della sanità, ai sensi del comma 6 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Le nomine effettuate in difformità rispetto alle disposizioni di cui ai commi 9 e 11 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono nulle. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano revocano la nomina non appena diviene noto che il nominato si trova nelle condizioni di cui ai citati commi 9 e 11.

3. Le procedure concernenti le nomine dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere in atto alla data di entrata in vigore del presente decreto sono riattivate con nuovi avvisi per la selezione dei candidati ai sensi del comma 1.

4. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono la disciplina sull'organizzazione e sul funzionamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ai sensi degli articoli 3 e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e, con la contestuale cessazione delle funzioni degli amministratori straordinari, nominano, con un compenso pari a quello attribuito agli amministratori straordinari, i commissari straordinari. Contestualmente alla nomina dei commissari straordinari si provvede alla conferma dei colleghi dei revisori o alla loro costituzione, ove mancanti. Ove la regione o la provincia autonoma non adempia nei termini alla disposizione di cui al presente comma, vi provvede, previa diffida, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità.

5. Restano valide ed efficaci le nomine dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere deliberate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano fino al 24 giugno 1994.

6. Trascorso un anno dalla nomina di ciascun direttore generale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alla verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti secondo i criteri e i principi recati dalla normativa vigente e dispongono, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del relativo contratto».

— Il nuovo testo dell'art. 6, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (riportato nella formulazione originaria nelle note all'art. 2, come modificato dalla presente legge), è il seguente:

«Art. 6 (*Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*).

— 1. Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. *Le università concordano con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei protocolli d'intesa di cui al presente comma, ogni eventuale utilizzazione di strutture assistenziali private, purché accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, in altre strutture pubbliche.* Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, d'intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate».

Note all'art. 4:

— Per il testo dell'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, si veda nelle note all'art. 1.

— Per il titolo della legge n. 833/1978, si veda nelle note all'art. 2.

— Per il titolo del D.Lgs. n. 502/1992, si veda nelle note all'art. 1.

98G0472