

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4227

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(ANDREOTTI)

E DAL MINISTRO DELLA SANITÀ

(DE LORENZO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(CIRINO POMICINO)

COL MINISTRO DEL TESORO

(CARLI)

COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

(DONAT-CATTIN)

COL MINISTRO DELL'AMBIENTE

(RUFFOLO)

E COL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ

E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

(RUBERTI)

—

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

Presentato il 30 settembre 1989

ONOREVOLI DEPUTATI! — 1. In accoglimento di apposita mozione parlamentare, le misure concernenti il riordinamento del Servizio sanitario nazionale sono state inserite nel disegno di legge di accompagnamento alla legge finanziaria 1990, insieme con quelle concernenti il contenimento della spesa sanitaria. Oltre che

rappresentare una espressione di rispetto per la volontà parlamentare, il collegamento operato ha precise motivazioni tecniche, direttamente riconducibili alla natura della manovra finanziaria. Infatti, il conseguimento degli obiettivi triennali di contenimento del disavanzo pubblico trova negli andamenti della spesa sanita-

ria un fattore di rischio notevolissimo. Ciò in quanto, a differenza di tutti gli altri comparti di spesa pubblica, l'entità della spesa sanitaria non dipende tanto dalle decisioni degli organi istituzionali di settore — regioni e unità sanitarie locali, che governano direttamente meno del 20 per cento della spesa — quanto dalle quotidiane decisioni tecniche di decine di migliaia di operatori sanitari, nella stragrande maggioranza dei casi, legati al servizio sanitario dal tenue vincolo di una convenzione e nella totalità dei casi, comunque, dotati di ampia e riconosciuta autonomia tecnico-funzionale. In situazione siffatta le sole misure congiunturali non bastano. L'insuccesso di dieci anni di leggi finanziarie basate unicamente su norme contingenti sta a dimostrarlo con l'entità dei disavanzi cumulati e dei ripiani effettuati.

Per la prima volta si tenta di agire simultaneamente sui meccanismi strutturali di formazione della spesa e sugli epifenomeni contingenti, a ciò indotti anche dalla necessità di porre rimedio alla scarsa qualità dei servizi, all'appiattimento dell'impegno del personale, a fenomeni non più tollerabili di invadenza partitica nella gestione tecnica di un servizio pubblico di primario interesse per la popolazione, alla accertata presenza di intrusioni malavitose e di attività truffaldine in danno dello Stato.

Peraltro, la via dell'autonomo disegno di legge è stata inutilmente percorsa per quasi tre anni, come è dimostrato dalla vicenda parlamentare dell'atto Camera 1942. Si è reso pertanto necessario e non più differibile — pena l'insuccesso della manovra complessiva di risanamento in vista dell'appuntamento europeo — provvedere prima con il decreto-legge collegato ai *ticket* ed ora, per unanime volontà parlamentare, con il presente disegno di legge, la cui discussione è obbligata in tempi brevi e certi per effetto di recenti modifiche dei regolamenti parlamentari.

2. Rispetto al testo del decreto-legge n. 265 del 1989, ripetitivo di un testo già discusso e approvato dalla Commissione affari sociali della Camera, il presente di-

segno di legge presenta due sostanziali novità:

da un lato si presenta più asciutto perché contiene solo le norme precettive del precedente testo e rinvia, per quelle procedurali e di dettaglio, ad appositi atti delegificati (decreti del Presidente del Consiglio dei ministri in forma di atti di indirizzo e coordinamento);

dall'altro si presenta più organico e completo perché disciplina aspetti essenziali del riordinamento del Servizio sanitario nazionale che mancano nel decreto-legge n. 265 del 1989: lo stato giuridico delle costituende aziende USL e ospedaliere (articolo 3), il regime dei controlli (articolo 10), la gestione del patrimonio (articolo 11) e le norme di garanzia a tutela dei diritti dei cittadini (articolo 12).

Il testo contiene anche specificazioni più puntuali: per quanto riguarda gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti zooprofilattici sperimentali e i policlinici universitari, troppo succintamente trattati nel decreto-legge n. 265; amplia e rende normale e sistematica nel Servizio sanitario nazionale la possibilità di sperimentazioni e il ricorso a concessioni, sia di opere che di servizi, per le attività diverse dall'assistenza sanitaria, novità entrambe che erano timidamente e incompiutamente adombrate nel precedente testo. Estende l'area di libertà di scelta del cittadino, introducendo il principio del ricorso all'assistenza indiretta, a tariffe predeterminate, per alcune prestazioni di alta tecnologia quando il servizio pubblico diretto o convenzionato non è in grado di provvedere nei termini di tempo fissati dalla legge.

Si tratta di novità importanti che, senza rinnegare, ma anzi accentuando l'impegno di potenziamento e di qualificazione del settore pubblico sanitario, introducono principi e formule di tipo privatistico e stimoli di managerialità, con il duplice intento di agevolare i cittadini nell'ottenimento di servizi migliori e di

ammodernare e rendere competitivo il sistema pubblico in vista della competizione europea degli anni a venire.

3. Molte norme di dettaglio sono state rinviate, come si è detto, ad atti di indirizzo e coordinamento. Il punto merita un approfondimento. È ormai giurisprudenza consolidata della Corte costituzionale che l'attività legislativa e amministrativa delle regioni possa essere vincolata e resa uniforme a livello nazionale per superiori esigenze del Paese o per ragioni di buona amministrazione non solo con leggi quadro e norme di principi, ma anche con atti di indirizzo e coordinamento, nella forma del decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, purché previsti da norma legislativa che contenga anche i criteri di esercizio del potere di indirizzo da parte del Governo (vedi sentenze Corte costituzionale n. 150 del 29 luglio 1982 e, da ultimo, n. 338 del 13 giugno 1989). La formula è apparsa appropriata per non appesantire il già corposo testo del provvedimento. Al di là dei tempi assegnati di volta in volta per l'emanazione degli atti di indirizzo e coordinamento, il Ministero di settore li sta già approntando tutti, in modo da poter dare contezza dei loro contenuti durante l'*iter* di approvazione del presente provvedimento e da poterli emanare senza indugi a legge di accompagnamento approvata.

4. Per quanto concerne specificamente le misure connesse al contenimento della spesa sanitaria (articolo 13) si fa presente quanto segue:

la rilegittimazione delle norme sul ridimensionamento della rete ospedaliera, con la chiusura dei posti letto inutilizzati e la trasformazione o la disattivazione degli ospedali di dimensioni inferiori a 120 posti, si rende necessaria dato che la Corte costituzionale ha dichiarato illegittime, per inadeguatezza dello strumento formale di emanazione (il decreto ministeriale), le norme stesse. La Corte costituzionale, però, ha suggerito nella motivazione che le norme in questione avrebbero dispiegato i loro validi effetti se fos-

sero state emanate sotto forma di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, purché previsto da apposita norma di legge con i principi ispiratori da osservare in sede di decretazione. A tanto ci si è attenuti con la norma presentata. Peraltro la rilegittimazione delle norme di riorganizzazione ospedaliera si appalesa indispensabile perché la riorganizzazione stessa costituisce il presupposto necessario per due interventi di rilevanza nodale:

a) la definizione degli organici del personale ospedaliero, in applicazione degli *standard*, di cui la Corte costituzionale ha riconosciuto, invece, la piena validità a fronte di alcune impugnative regionali;

b) l'elaborazione del programma di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, il cui decreto di attuazione è entrato in vigore il 22 settembre scorso e il cui finanziamento per i primi 10.000 miliardi è già all'esame del CIPE dopo aver ricevuto il vaglio favorevole del Consiglio sanitario nazionale;

l'obbligo di rendere da subito disponibili spazi di ricovero e ambulatoriali per servizi opzionali a pagamento, a richiesta dei cittadini, e per l'esercizio della libera professione, ha un triplice fine:

a) di accrescere l'area di autofinanziamento delle USL e legittimare quindi una previsione di maggior introito;

b) di recare vantaggio ai cittadini;

c) di ottemperare ad un obbligo, per molti anni disatteso, verso i medici a tempo pieno, rendendo concretamente possibile il superamento delle attività multiple contemporanee;

l'abrogazione della norma che consente di devolvere a impieghi in conto capitale il 50 per cento degli introiti di autofinanziamento, consente di alleggerire le difficoltà finanziarie delle spese di parte corrente, senza danneggiare gli investimenti, dato che contemporaneamente vengono resi disponibili, e per dieci anni,

le risorse del piano straordinario di 30.000 miliardi di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988;

la disposizione sull'aumento delle tariffe e diritti per prestazioni rese a richiesta e nell'interesse dei cittadini serve a legittimare una previsione di maggiori entrate;

il blocco dell'aumento del prezzo dei farmaci per altri sei mesi serve a contenere l'incremento di spesa previsto per questa funzione di spesa nel calcolo di determinazione del fabbisogno 1990. I prospetti e le schede allegate illustrano la portata finanziaria della norma;

l'istituzione dell'osservatorio dei prezzi e delle tecnologie serve non solo a formalizzare una componente essenziale del sistema nazionale integrato di verifica sui meccanismi di spesa previsto dall'articolo 10 del provvedimento in esame, ma anche a giustificare, in prima applicazione nel 1990, un contenimento di spesa per l'acquisto di beni e servizi, sia pur modesto per l'inerzia del sistema sanitario periferico che è lento ad adottare le novità procedurali che vengono introdotte;

le norme sull'aumento della quota forfettaria che le società di assicurazione pagano a sanatoria delle rivalse che il Servizio sanitario nazionale dovrebbe instaurare in tutti i casi di assistenza sanitaria erogata in conseguenza di incidenti con responsabilità civile nella circolazione di veicoli e natanti, servono a produrre entrate a copertura dell'aumento del Fondo sanitario nazionale, rispetto a quanto iscritto a questo titolo nel bilancio statale a legislazione invariata.

5. Si riassumono i contenuti delle singole disposizioni.

Articolo 1. — L'articolo 1 contiene una delle più importanti novità che concorrono a qualificare il provvedimento: la trasformazione del Fondo sanitario nazionale in fondo sanitario interregionale di diretta pertinenza delle regioni.

Il fondo interregionale è alimentato, per la parte corrente:

a) dal gettito dei contributi di malattia al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate;

b) da stanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato determinati dalla legge finanziaria e successive modificazioni;

c) da ogni altra entrata ad esso destinata.

Per la parte in conto capitale il fondo è alimentato da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato.

La norma si prefigge di responsabilizzare maggiormente le regioni e le province autonome sul versante delle entrate, facendo cessare la configurazione del fondo come « finanza trasferita » dove lo Stato è considerato responsabile unico della provvista dei mezzi e le regioni hanno solo l'incombenza della spesa.

La norma prevede poi i tempi di ripartizione del fondo (30 novembre di ogni anno); le modalità di ripartizione (delibera CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome); i criteri di ripartizione (sulla base di coefficienti parametrici), preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale con riferimento a prefissati elementi che la norma tassativamente elenca.

Alla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono trasferite le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale in ordine agli aspetti istituzionali e ordinamentali inerenti alla gestione del Servizio sanitario nazionale comprese la ripartizione del fondo e la politica del personale. Al Consiglio sanitario nazionale rimangono le altre attribuzioni proprie ed è prevista l'integrazione dei suoi componenti.

L'intento di far conseguire economia, di cui si è innanzi detto, trova esplicita-

zione nella disposizione che pone a carico delle risorse proprie di ciascuna regione maggiori spese derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale a norma degli articoli 3 e 4 della legge n. 833 del 1978, nonché gli eventuali disavanzi nella gestione dei servizi.

Eventuali avanzi di amministrazione delle USL e delle aziende ospedaliere sono utilizzati invece per il potenziamento delle strutture, per l'acquisto di attrezzature e per il finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

Ad un atto di indirizzo e coordinamento è demandato il compito di indicare alle regioni, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri per l'adozione di norme di contabilità atte a responsabilizzare i centri di spesa delle USL e delle aziende ospedaliere.

Articolo 2. — La determinazione, in ambito regionale, degli indirizzi di natura politica al fine dell'esercizio delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera è rimessa agli organi competenti a norma di statuto. Nel contempo i più ampi poteri attribuiti alle regioni ed alle province autonome impongono la istituzione di un apposito organismo al quale affidare la funzione di erogazione dei finanziamenti delle unità sanitarie locali e degli altri soggetti interessati nonché funzioni di supporto e coordinamento, di vigilanza e di controllo di gestione sulle unità sanitarie locali medesime e sulle aziende ospedaliere con il compito, altresì, di consolidare i bilanci a livello regionale.

I criteri della istituzione di detto organismo regionale o provinciale sono rimessi ad un atto di indirizzo e coordinamento per assicurare esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia delle spese, in ossequio al dettato dell'articolo 5 della legge n. 833 del 1978.

Articolo 3. — Le regioni entro un termine perentorio: 31 dicembre 1990 devono procedere:

a) alla istituzione dell'organismo regionale di cui all'articolo 2;

b) alla delimitazione delle USL secondo ambiti territoriali determinati in base a funzioni e servizi da svolgere, alla collocazione logistica all'interno della regione o provincia autonoma e comunque in base a criteri di aggruppamento demografico;

c) alla attribuzione alla unità sanitaria locale della natura di azienda pubblica di servizi con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa e contabile;

d) alla determinazione della composizione e delle attribuzioni degli organi delle unità sanitarie locali, costituiti dal comitato di indirizzo, dall'amministratore unico e dal collegio dei revisori;

e) alla definizione dei criteri per il trasferimento e l'accollo dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle unità sanitarie locali preesistenti, ora accorpate, o nel caso di costituzione delle aziende ospedaliere (v. articolo 4).

I criteri per l'emanazione delle norme in parola sono demandati ad apposito atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, secondo precisi criteri e principi che la norma tassativamente indica e che sono preordinati all'intento di garantire uniformità di normativa su tutto il territorio nazionale.

Articolo 4. — Le norme per l'organizzazione ospedaliera rappresentano uno dei cardini della nuova impostazione del Servizio sanitario nazionale.

L'esperienza di questi anni ha, infatti, dimostrato che la collocazione delle strutture ospedaliere complesse nella USL nella quale sono ubicate crea seri squilibri a discapito, a volte, della struttura ospedaliera, altre volte della USL di ap-

partenza. Si è ritenuto, pertanto, per garantire una migliore assistenza ai cittadini derivante da un migliore equilibrio delle strutture, di rendere completamente autonomi, con personalità giuridica ed autonomia organizzativa, gli ospedali di alta specializzazione o di rilievo regionale o interregionale: policlinici universitari a diretta gestione, ospedali caratterizzati da prevalente complessità tecnica e tecnologica delle attività specialistiche svolte e dei servizi posseduti da eventuale attività didattica e di ricerca.

Gli altri ospedali pubblici conservano, invece, la natura di presidi delle USL, con l'obbligo di prevedere in organico il direttore sanitario. Hanno ampia autonomia funzionale, con propria contabilità all'interno del bilancio della USL e la potestà di gestire gli appositi finanziamenti ad essi destinati.

Articolo 5. — La disposizione è interamente dedicata agli istituti a carattere scientifico, ai policlinici, agli enti di ricerca.

È previsto il riordino, entro il 30 giugno 1990, degli istituti a carattere scientifico di diritto pubblico e degli istituti zooprofilattici sperimentali, come aziende pubbliche di servizio a carattere interregionale dotate di personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. A ciò si provvede con decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi con il procedimento di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400.

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati devono rivedere i propri ordinamenti uniformandoli alle norme riguardanti gli analoghi istituti di diritto pubblico, nel rispetto dell'autonomia giuridico-amministrativa di cui godono.

I loro rapporti con il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati con convenzioni con la regione, sulla base di schemi tipo approvati dal Ministro della sanità di concerto col Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ed il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Ancora alla convenzione tra regione o provincia autonoma ed università è demandata la disciplina dei rapporti tra le università che gestiscono direttamente policlinici universitari ed il Servizio sanitario nazionale e sempre su base convenzionale sono disciplinati i rapporti concernenti le cliniche universitarie, le divisioni, e i servizi a direzione universitaria operanti all'interno di ospedali pubblici, nonché gli enti di ricerca di cui all'articolo 40 della legge n. 833 del 1978.

Le convenzioni, in ogni caso, sono stipulate sulla base di schemi tipo ed è prevista l'autorità che deve procedere in via sostitutiva entro un termine prefissato.

I commi 5 e 6 dettano poi norme transitorie — in attesa del riordinamento dei policlinici universitari — per assicurare a questi le risorse finanziarie indispensabili per garantire il livello assistenziale loro richiesto.

Articolo 6. — La norma è dedicata ai servizi multizonali di prevenzione per i quali le regioni e le province autonome devono procedere alla riorganizzazione entro il 31 dicembre 1990.

I criteri da seguire in proposito saranno fissati con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. I principi da seguire sono però già fissati dalla norma medesima.

Articolo 7. — La norma prevede, in deroga alla normativa vigente, la possibilità di sperimentazioni gestionali al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera. È, a tal fine, previsto un protocollo che specifica i requisiti della sperimentazione. Le sperimentazioni sono rese operative con decreto del Ministro della sanità.

Le regioni, le USL e le aziende ospedaliere possono utilizzare per le loro sperimentazioni l'istituto della concessione sia di opere che di servizi, motivando le ragioni della concessione.

Articolo 8. — Le regioni e le unità sanitarie locali possono programmare rapporti convenzionali per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale con salvezza del principio che almeno il 50 per cento delle domande va soddisfatto in strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente ed a quello secondo cui il rimanente 50 per cento va utilizzato in rapporto alle condizioni locali, nel rispetto dei criteri di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d) della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Per le prestazioni connesse a tecnologie innovative (individuata dal Ministro della sanità) le regioni e le province autonome devono potenziare le strutture a gestione diretta ponendo tale impegno tra le priorità del piano straordinario di investimento di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 ed utilizzando le relative disponibilità finanziarie.

Solo nel caso di impossibilità per le unità sanitarie locali di rispettare i termini previsti, queste possono autorizzare le prestazioni presso strutture private non convenzionate dotate di particolari requisiti. Sono, in dettaglio, disciplinate le procedure da seguire e i diritti di rimborso per il cittadino, nonché i casi di esenzione dal pagamento del *ticket*.

Articolo 9. — La norma è dedicata alla dettagliata disciplina del rapporto di lavoro del personale dipendente dalle USL, e dalle aziende ospedaliere del Servizio sanitario nazionale.

Detto rapporto è regolato da contratto di diritto privato con *status* e retribuzione di tipo privatistico in conformità ad accordi collettivi nazionali.

La disciplina concreta del rapporto di lavoro deve attuarsi sulla base di quanto prefissato con normativa statale. È prevista l'emanazione di uno o più decreti, aventi valore di legge ordinaria, che devono regolare gli aspetti del rapporto che hanno rilevanza in ordine alla funzione pubblica esercitata dal Servizio sanitario nazionale.

Sono poi determinati i principi cui la normativa statale deve tendere che concernono, in modo esaustivo, tutti gli

aspetti salienti della disciplina del rapporto del lavoro stesso, anche al fine di uniformità su tutto il territorio nazionale.

Articolo 10. — Di particolare rilievo è l'articolo 10 che introduce nel Servizio sanitario nazionale un sistema di verifica basato su indicatori di risultato o di qualità delle prestazioni.

I moduli informativi del sistema nazionale di verifiche sono stabiliti sulla base di principi quali: rilevazione sistematica di dati; elaborazione di sintesi esplicative e pubblicità delle stesse agli interessati; verifica annuale congiunta dell'amministrazione centrale e delle singole regioni della veridicità relativa dei principali indicatori di risultato ai fini di riportare i valori stessi entro livelli di accettabilità.

Il controllo sugli atti dei comitati di indirizzo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è esercitato dalle regioni o province autonome, queste ultime, tramite l'organismo regionale di cui si è innanzi detto, effettuano il controllo di gestione sulle unità sanitarie locali e sulle aziende ospedaliere.

Le regioni e le province autonome, previa diffida, possono disporre il commissariamento delle unità sanitarie locali nei casi che la norma indica. Lo stesso potere è esercitato dal Ministro della sanità ai sensi dell'articolo 6, comma 2, della legge n. 595 del 1985.

Parimenti può essere disposto lo scioglimento dei comitati di indirizzo e la nomina di un Commissario per impossibilità di funzionamento o per dissesto di gestione protratto per due esercizi consecutivi, con decreto del presidente della giunta regionale. Il Commissario straordinario ha ampi poteri e può anche procedere alla rescissione anticipata del rapporto di lavoro con l'amministratore unico.

Articolo 11. — La legge di riforma sanitaria, articolo 61, comma terzo, lettera a), all'atto della costituzione delle unità sanitarie locali, ha previsto il graduale trasferimento ai comuni, per la successiva attribuzione alle unità sanitarie locali, dei

beni e delle attrezzature di cui erano titolari gli enti e gli uffici di cui, secondo le disposizioni della stessa legge, cessavano i compiti nelle materie proprie del Servizio sanitario nazionale. Analogamente, per i beni mobili e immobili e per le attrezzature destinate prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppresse, la medesima legge 833 del 1978, articolo 65, comma primo, ha previsto il trasferimento al patrimonio dei comuni competenti per territorio, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali. Infine, l'articolo 66, comma primo, lettere a) e b) della stessa legge n. 833 del 1978 ha trasferito al patrimonio del comune in cui sono collocati, sempre con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, i beni immobili e le attrezzature appartenenti alle province o ai consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari, compresi i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza nonché degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

Con la costruzione ideata dal disegno di legge in esame, che vede sia le unità sanitarie locali che gli enti ospedalieri quali organismi dotati di autonomia patrimoniale e contabile, non vi è motivo di conservare il regime voluto dalla legge n. 833 del 1978.

La norma in esame, pertanto, prevede il trasferimento, dei beni immobili e del patrimonio che, alla data di entrata in vigore della legge, sono destinati all'esercizio delle attività istituzionali delle USL e delle aziende ospedaliere al patrimonio del soggetto istituzionale che esercita l'attività.

Articolo 12. — Ai notevoli, ben noti, disagi che l'utente deve affrontare qualora gli sia necessario far ricorso alle strutture del Servizio sanitario nazionale si dedica la norma in esame che pone a

carico del Servizio sanitario nazionale l'attivazione di un sistema di informazioni al pubblico e l'adozione del sistema della prenotazione ad orario, la personalizzazione e l'umanizzazione dei rapporti con i cittadini e la garanzia per questi ultimi del colloquio con gli operatori responsabili. I criteri per attuare tali principi sono rimessi ad apposito atto di indirizzo e coordinamento.

Articolo 13. — Le disposizioni che seguono: articoli 13 e 14 riguardano misure diverse connesse alla manovra finanziaria e finalizzate al contenimento della spesa sanitaria.

Prima fra queste, nell'ordine seguito dalla norma, è il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri, in attuazione del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109.

Di tale argomento si è già trattato nella parte generale di questa relazione, ricordando i suggerimenti della Corte costituzionale relativi allo strumento normativo di riferimento per legittimare le norme di riorganizzazione ospedaliera.

È sufficiente ora solo precisare che gli indirizzi cui le regioni e le province autonome devono uniformarsi nel processo riorganizzativo in parola saranno determinati, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, con atto di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale. L'atto di indirizzo e coordinamento deve uniformarsi a principi che il disegno di legge in esame ha provveduto ad indicare in modo dettagliato e completo.

Alla riorganizzazione della rete ospedaliera consegue, anche al fine del contenimento della spesa sanitaria, la determinazione degli *standards* di personale previsti dal decreto del Ministro della sanità del 13 settembre 1988 con adeguamento graduale e progressivo delle situazioni in atto.

L'esercizio della libera professione all'interno degli ospedali e delle strutture ambulatoriali è garantito con la riserva obbligatoria di spazi adeguati, o in caso

di impossibilità, con temporanee convenzioni con case di cura o altre istituzioni di ricovero in attesa di reperire spazi intramurari all'interno delle strutture pubbliche in gestione diretta.

A tale disposizione le regioni o le province autonome devono dare attuazione entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge ed è previsto il potere sostitutivo del Ministro della sanità su segnalazione del Commissario di Governo.

Ad un altro atto di indirizzo e coordinamento la norma demanda la fissazione dei valori minimi nazionali delle tariffe e dei diritti spettanti al Servizio sanitario nazionale per prestazioni non di diritto, rese a domanda di privati, seguendo il principio del pagamento dei servizi secondo il costo reale e tenendo conto del valore economico delle operazioni effettuate.

Altra misura di contenimento della spesa sanitaria è quella del blocco dei prezzi dei farmaci per le specialità medicinali comprese nel prontuario terapeutico nazionale fino al 30 giugno 1990.

Per il periodo successivo il prezzo dei farmaci è determinato dal CIP integrato dai Ministri della sanità e del bilancio e della programmazione economica.

Presso il Ministero della sanità è istituito un osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie sanitarie. Esso nasce come articolazione del Servizio sanitario per l'effettuazione di rilevazioni, studi e controlli nel settore dell'acquisto di beni e servizi, con particolare riguardo ai beni di largo consumo, ai farmaci e presidi di uso ospedaliero, alle apparecchiature ed agli strumenti di alta tecnologia.

Con atto di indirizzo e coordinamento sono stabiliti i criteri in materia di acquisto ed approvvigionamento di beni e servizi.

Articolo 14. — L'articolo fissa in cinque anni la durata del piano sanitario nazionale a decorrere dal 1990.

Per la ripartizione del finanziamento della prima annualità è prevista la vigenza delle modalità per la ripartizione del fondo sanitario nazionale, sulla base dei criteri di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109.

Tale norma non comporta oneri perché concerne risorse all'uopo già accantonate nel 1988 e 1989. La norma è, tuttavia, importante perché — come sopra detto — allunga la durata del piano da un triennio a un quinquennio e ne sposta l'anno di decorrenza dal 1989 al 1990, consentendo quindi una diluizione nel tempo dell'impegno finanziario e una concentrazione degli sforzi quando il nuovo sistema, aziendalizzato e managerialmente diretto, sarà stato compiutamente avviato.

Articolo 15. — L'articolo 15 contiene disposizioni di attuazione prevedendo, in caso di inosservanza da parte delle regioni o province autonome dei termini perentori che il disegno di legge nelle sue disposizioni ha stabilito, il trasferimento alle stesse della quota del fondo sanitario interregionale in misura uguale alla corrispondente quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita per l'esercizio 1990.

La mancata osservanza di detti termini perentori in ordine all'adozione dei provvedimenti di trasformazione delle unità sanitarie locali, di costituzione delle aziende ospedaliere e di riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione, determina la decadenza degli organi di amministrazione delle unità sanitarie locali e la conseguente nomina di Commissari straordinari. Questi ultimi, in caso di inerzia delle regioni o province autonome, decorsi sessanta giorni, sono nominati dal Ministro della sanità su segnalazione del Commissario di Governo. Nello stesso termine (sessanta giorni)

il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari per l'attuazione degli adempimenti per i quali il disegno di legge ha fissato termini perentori.

* * *

Le tabelle che seguono illustrano la manovra complessiva riguardante la sanità, sulla base delle misure sopra illustrate. Pende tuttavia sulle previsioni formulate l'incertezza degli effetti delle esenzioni previste dai decreti-legge nn. 199 e 265 del 1989.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

NUOVA STIMA 1989 E FABBISOGNO 1990 (AL NETTO CONTRATTO E CONVENZIONI)
(in miliardi di lire)

FUNZIONI	Preconstituito	FSN 1989	Rendiconti 1988	Nuova stima	Previsione 1990	Eventi innovativi	Totale
	1988	(L. finanziaria)	da proiettare	1989	su col. 4	e di emergenza	fabbisogno 1990
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Personale	21.070	22.070	22.745	23.745	24.625	—	24.625
Beni e servizi	9.820	10.195	10.330	11.000	11.660	—	11.660
Medicina	3.977	3.997	3.924	3.940	3.960	—	3.960
Farmacuetica	10.412	9.900	10.680	10.250	10.750	—	10.750
Ospedali convenzionati	5.838	6.125	5.832	6.170	6.593	—	6.593
Specialistica:	4.800	4.385	4.460	4.105	4.070	—	4.070
incentivi ospedalieri	(1.290)	(1.350)	(1.290)	(1.200)	(1.260)	—	(1.260)
ambulatori interni	(610)	(615)	(670)	(675)	(680)	—	(680)
convenzioni esterne	(2.900)	(2.420)	(2.500) *	(2.230)	(2.130)	—	(2.130)
Altra assistenza	1.608	1.678	1.844	1.940	2.056	—	2.056
Altre differenziali	280	350	280	350	400	—	400
Emergenze e straordinario:							
interessi passivi spese legali	—	—	70	70	70	—	70
smaltimento rifiuti, altre ambientali	—	—	—	150	—	P.M.	—
emergenza personale	—	—	—	—	—	P.M.	—
informatizzazione gestione USL	—	—	—	—	—	P.M.	—
Vincolate:	850	800	850	800	850	—	850
varie da far confluire nelle differenziali	—	—	—	(164)	(185)	—	(185)
borse di studio	—	—	—	(150)	(150)	—	(150)
centralizzate di rilievo interregionale	—	—	—	(36)	(38)	—	(38)
programmi P.S.N. parte vincolata	—	—	—	(450)	(477)	—	(477)
P.S.N. finanziamento ad integrazione FSN	—	200	—	200	200	1.630	1.830
Costo nuove convenzioni	—	270	—	—	—	—	—
Totale	58.655	59.970	61.015	62.720	65.234	1.630	66.864
Entrate proprie USL	—	1.100	—	1.890	1.875	—	1.875
Fabbisogno	—	58.870	—	60.830	63.359	1.630	64.989
FSN	—	58.870	—	58.870	—	—	—
Disavanzi	—	—	—	1.960	—	—	—

* Dato incompleto in quanto alcune regioni non hanno aggiornato completamente le tariffe.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

NOTE ALLA STIMA 1989

PERSONALE: spesa 1988 - 150 miliardi di straordinario 1988 + 640 contingenza + 270 assunzioni personale + 80 straordinario + 160 per applicazione articolo 45 DPR 270 del 1987.

BENI E SERVIZI: incremento 6,5 per cento.

MEDICINA: solo aumento contingenza.

FARMACEUTICA: lordo 1988 = 12.060 + 2 per cento aumento 1989 = 12.300 - 100 mix per 5 mesi - 5 espulsione farm P.T. - 25 deterrenza per farmaci 40 per cento = 12.170 - ticket 15 per cento + 55 per plafond 5 mesi + 25 aumento ticket 40 per cento per 2 mesi = 1.920; netto = 10.250.

OSPEDALI CONVENZIONATI: case cura 1988 = 2.860 + 9 per cento; ospedali convenzionati obbligat.: beni e servizi 6,5 per cento, personale incremento voce personale (4 per cento); ospedal. a rimborso = costante; totale 1989 = 6.220 - 50 per ticket osped. 4 mesi.

SPECIALISTICA: incentivi = incremento voce Personale - 150 per riduzione consumi per ticket; ambul. interna = contingenza; convenzione esterna = stima 1989 senza ticket = 2.900 (reso incostituzionale il tetto Legge n. 37 del 1989) - riduzione consumi 9 mesi (15 per cento su visite, 10 per cento su altro) = 250 - ticket 420 (dl. 111 = 60 + dl. 265 = 360).

ALTRA ASSISTENZA: istituti riabilitaz. = 8 per cento; altro = 6 per cento; totale 1989 = 1965 - 25 per ticket cure termali.

ENTRATE PROPRIE: rnd 1988 = 1.300 + 440 per ticket specialistica pubblica (60 + 380) + 150 per ticket osped. 4 mesi.

NOTE AL FABBISOGNO 1990

PERSONALE: stima 1989 + 600 contingenza + 200 progress. carriera + 80 straordinario.

BENI E SERVIZI: incremento 6 per cento.

MEDICINA: solo aumento contingenza.

FARMACEUTICA: lordo 1989 - 240 plafond - 30 espulsione farmaci dal P.T. - 150 deterrenza per farmaci al 40 per cento = 11.880 + 15 per cento aumento prezzi (fermi da 2 anni e 8 mesi) - 5 per cento lettura ottica = 12.990 - ticket 15 per cento + 130 plafond + 150 ticket 40 per cento (2.230) = netto 10.750.

OSPED. CONVENZ.: incremento 6 per cento rispetto al 1989 senza ticket.

SPECIALISTICA: incentivi = stima 1989 + 5 per cento aumento fisiologico; ambul. interna = contingenza; convenzione esterna = stima 1989 - riduzione consumi intero anno ulteriori 80 - ticket intero anno ulteriori 120 + 5 per cento aumento fisiologico.

ALTRA ASSISTENZA: incremento 6 per cento.

VINCOLATE: incremento 6 per cento.

PSN: costo complessivo 1990 = 2.415 - 477 da vincolate 1990 - 112 da tab. 19 = 1.830 finanziamento integrativo.

ENTRATE PROPRIE: rnd 1988 = 1.300 + ticket intero anno special. 575.

MANOVRA FINANZIARIA 1990

Voci considerate	Importi	Manovra	Nuovi valori
1. Spesa totale 1990	65.235	A) - 900; D) - 100	64.235
2. Autofinanziamento locale	1.875	C) 100; E) 50	2.025
3. Fabbisogno	63.360		62.210
4. Disponibilità L.F. 1990	60.988	D) 200; E) 50; F) 972	62.210
5. Differenza da coprire	2.372		—
Copertura:			
A) Blocco dei prezzi dei farmaci per 6 mesi		900	Diminuzione spesa
B) Aumento contributo imprese assicuratrici (6,52 dell'incassato anno precedente)		200	Aumento FSN
C) Aumento introiti per attivazione camere a pagamento e potenz. libera professione (*)		100	Aumento autofinanziamento
D) Risparmi nei beni e servizi per istituzione osservatorio prezzi e tecnologie (1,5%)		100	Diminuzione spesa
E) Aumento tariffe e diritti [50 autofinanziamento + 50 FSN (80-30 Tab. 19)] (**)		50	Aumento autofinanziamento
		50	Aumento FSN
		1.400	
F) Partecipazione alla spesa delle regioni a statuto speciale		972	Aumento FSN
		2.372	
(*) Introiti camere a pagamento = MLD 80; considerando L. 60.000 al giorno = 1.330.000 GGDD, vale a dire 1,5% delle GGDD pubbliche Libera professione = 20 MLD; considerando che all'amministrazione rimane mediamente un 20 per cento, la libera professione dovrebbe essere svolta per 100			
(***) Si prevede di incassare 80 MLD per l'aumento delle tariffe dei servizi resi dall'amministrazione centrale ma 30 MLD dovrebbero essere portati in aumento della Tab. 19			

DISEGNO DI LEGGE

ART. 1.

(Fondo sanitario interregionale).

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

2. Il fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 30 novembre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio e del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata Conferenza. Restano in vigore per l'esercizio 1990 le modalità di riparto del fondo previste dalle norme vigenti antecedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge. La ripartizione del fondo sanitario interregionale è effettuata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza, e preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

a) struttura della popolazione per classi di età e sesso;

b) indicatori epidemiologici di bisogno sanitario;

c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni;

d) *standard* nazionali di organizzazione e di attività;

e) reddito medio regionale;

f) esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini;

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

3. In sede di ripartizione del fondo di cui al comma 2 vanno enucleati i finanziamenti destinati ad istituti di rilievo nazionale o riferiti a iniziative centrali previste da leggi nazionali o riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale, da trasferire, con decreti del Ministro del tesoro, allo stato di previsione del Ministero della sanità; una quota di fondo non superiore al 5 per cento va riservata a fabbisogni particolari e imprevisti e va ripartita tra le regioni, anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

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

5. Le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale in ordine agli aspetti istituzionali e ordinamentali inerenti alla gestione del Servizio sanitario nazionale, comprese la ripartizione del fondo e la politica del personale, sono esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400. Restano ferme le altre attribu-

zioni del Consiglio sanitario nazionale, la cui composizione è integrata:

a) da un rappresentante designato da ciascuno dei Ministri per il coordinamento della protezione civile e per gli affari sociali, nonché da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'ambiente e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

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

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

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

e) dal presidente dell'ordine nazionale dei biologi;

f) dal presidente dell'ordine nazionale degli psicologi.

6. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché gli eventuali disavanzi nella gestione dei servizi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome con utilizzo delle proprie risorse. Il finanziamento da parte delle regioni a statuto ordinario degli eventuali disavanzi è subordinato alla attribuzione alle medesime della potestà impositiva. Fino a tale data le regioni e le province autonome possono presentare eventuali disavanzi solo se hanno destinato al settore sanitario almeno una somma pari al finanziamento ricevuto ai sensi del comma 4. Gli even-

tuali avanzi di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono utilizzati per il potenziamento delle strutture, per l'acquisto di attrezzature e per il finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

7. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, sono indicati alle regioni i criteri per l'adozione di norme di contabilità ispirate al principio della responsabilizzazione dei centri di spesa delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Inoltre sono fissate le modalità della rendicontazione a cadenza trimestrale ed i criteri per l'allocazione funzionale delle risorse sanitarie e di quelle sociali inerenti ai progetti-obiettivo di cui al Piano sanitario nazionale nel bilancio regionale e per la presentazione, in allegato al conto consuntivo, del riepilogo dei bilanci delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

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

ART. 2.

(Organismo regionale).

1. Le regioni o le province autonome determinano, attraverso gli organi statutariamente competenti, gli indirizzi di natura politica in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Per l'attuazione di tali indirizzi, le regioni e le province autonome istituiscono un apposito organismo con il compito di provvedere, sulla base delle indicazioni delle regioni e delle

province autonome, alla ripartizione ed erogazione delle risorse alle unità sanitarie locali e agli altri soggetti interessati, nonché alla gestione del patrimonio immobiliare di cui all'articolo 11, esercitando funzioni di supporto e di coordinamento tecnico, di vigilanza e di controllo di gestione sulle unità sanitarie locali e sulle aziende ospedaliere con il compito, altresì, di consolidare i bilanci a livello regionale.

2. Con l'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3, comma 2, vengono stabiliti criteri per la istituzione dell'organismo regionale o provinciale di cui al comma 1, ispirati al principio di assicurare in tutti gli organismi in questione un complesso omogeneo di attribuzioni, funzionali ad un efficace svolgimento dei compiti di coordinamento, di supporto tecnico di vigilanza, ai fini delle esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia della spesa, di cui all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 3.

(Unità sanitarie locali).

1. Le regioni o le province autonome disciplinano entro il termine perentorio del 31 dicembre 1990:

a) l'istituzione dell'organismo regionale di cui all'articolo 2;

b) la delimitazione delle unità sanitarie locali secondo ambiti territoriali individuati sulla base delle funzioni e dei servizi da svolgere e della loro distribuzione all'interno della regione o provincia autonoma e, comunque, in base a gruppi di popolazione compresi tra 150.000 e 400.000 abitanti. Nelle province con popolazione inferiore a 150.000 abitanti la unità sanitaria locale coincide con l'ambito provinciale. Nei comuni con popolazione superiore a 500.000 abitanti l'ambito territoriale di ciascuna unità sanitaria locale è determinato dal comune anche in deroga al limite massimo precedentemente indicato. La programmazione

regionale definisce l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti e stabilisce quali comunità montane, aventi la maggioranza del territorio in zona montana, possono essere conservate come unità sanitarie locali autonome, in deroga ai limiti sopra indicati. In condizioni territoriali particolari, previo parere del Consiglio sanitario nazionale, è consentita la delimitazione di unità sanitaria locale secondo ambiti con popolazione inferiore a 150.000 abitanti;

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

d) la composizione e le attribuzioni degli organi delle unità sanitarie locali, costituiti dal comitato di indirizzo, dall'amministratore unico e dal collegio dei revisori;

e) i criteri per il trasferimento e l'accollo dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle unità sanitarie locali preesistenti che vengono accorpate o nel caso di costituzione delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4.

2. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, sono stabiliti i criteri per la emanazione delle norme di cui al comma 1, avendo riguardo ai seguenti principi:

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

b) il numero dei componenti dei comitati di indirizzo delle unità sanitarie locali va limitato ad un massimo di sette o nove membri e per la durata di cinque anni;

c) il potere di nomina del comitato di indirizzo delle unità sanitarie locali va riservato agli enti locali di riferimento territoriale; per le aziende ospedaliere, al consiglio regionale in concorso con gli enti locali di localizzazione. Il potere di nomina degli amministratori unici delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere va riservato ai consigli regionali. L'assemblea dei comuni opera unicamente come collegio elettorale dei componenti del comitato di indirizzo della unità sanitaria locale o della azienda ospedaliera, da scegliere tra cittadini aventi provata esperienza di amministrazione e in possesso almeno del diploma di scuola media superiore;

d) nei comitati di indirizzo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere va garantita la rappresentanza della minoranza dell'organo elettivo;

e) ai comitati di indirizzo vanno riservati unicamente compiti di approvazione dei bilanci preventivi e consuntivi, di direttiva generale ed i connessi poteri di verifica generale. Tutti i poteri di gestione vanno riservati all'amministratore unico;

f) in ogni unità sanitaria locale e nelle aziende ospedaliere vanno previsti il direttore amministrativo, il direttore sanitario ed il consiglio dei sanitari. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e l'ufficio di direzione. Le funzioni del coordinatore amministrativo non rientranti nelle attribuzioni dell'amministratore unico sono svolte dal direttore amministrativo; quelle del coordinatore sanitario sono svolte dal direttore sanitario. Il consiglio dei sanitari è composto da nove a quindici membri. Nelle unità sanitarie locali fanno parte del consiglio dei sanitari medici e altri operatori sanitari laureati, dipendenti o convenzionati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale sono presenti presidi ospedalieri. Nelle aziende ospedaliere il consiglio dei sani-

tari è composto in maggioranza da personale medico e, per almeno un terzo della composizione, da figure di livello di vertice. Il consiglio dei sanitari deve fornire parere obbligatorio, non vincolante, quando sono in esame decisioni riguardanti attività tecnico-sanitarie e assistenziali o investimenti attinenti;

g) l'amministratore unico, il direttore amministrativo e il direttore sanitario vanno assunti con contratto di diritto privato a termine, quinquennale, rinnovabile senza limiti di rinnovo. L'amministratore unico va scelto in apposito elenco nazionale, formato da una commissione di quattro garanti indicati dal presidente del CNEL e presieduta da un magistrato, nominati con decreto del Ministro della sanità, con un numero di inseriti pari al doppio del numero di posti di amministratore unico previsti nel Servizio sanitario nazionale. All'elenco nazionale possono accedere candidati in possesso del diploma di laurea che abbiano svolto per almeno cinque anni, con dimostrato esito positivo, qualificata attività professionale di direzione e di gestione in aziende private o in enti pubblici o in amministrazioni dello Stato e che siano in possesso di particolari esperienze manageriali in istituzioni pubbliche o private, compiute con documentata efficacia;

h) il collegio dei revisori è composto da un funzionario del Ministero del tesoro, Ragioneria generale dello Stato, con funzioni di presidente, da un rappresentante del Ministero della sanità e da un rappresentante della regione o provincia autonoma da scegliere tra gli iscritti all'albo dei revisori dei conti;

i) i compensi, le indennità di missione e il rimborso delle spese di trasporto, se dovute, per i componenti del comitato di indirizzo e del collegio dei revisori vanno determinati, in maniera uniforme a livello nazionale, in rapporto a fasce di ammontare dei bilanci di parte corrente delle istituzioni di appartenenza.

ART. 4.

(Aziende ospedaliere).

1. Con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentite le regioni e le province autonome, da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore delle disposizioni regionali di cui all'articolo 3, comma 1, sono costituiti in aziende pubbliche ospedaliere, con personalità giuridica e con struttura organizzativa autonoma, gli ospedali di alta specializzazione o di rilievo regionale o interregionale individuati sulla base dei principi di cui al comma 2. Entro il termine perentorio di 90 giorni dalla costituzione in azienda pubblica, la regione provvede alla nomina del comitato di indirizzo e dell'amministratore unico dell'azienda ospedaliera. In caso di mancato adempimento entro il termine indicato, il Ministro della sanità, con proprio decreto, nomina un commissario straordinario che resta in carica con i poteri degli organi mancanti fino alla loro regolare costituzione.

2. Sono individuati come ospedali di alta specializzazione o di rilievo regionale o interregionale i policlinici universitari a diretta gestione, gli ospedali che sono caratterizzati dalla prevalente complessità tecnica e tecnologica delle attività specialistiche svolte e dei servizi posseduti. Le regioni e le province autonome possono attivare la procedura per la costituzione in azienda pubblica ospedaliera di altri ospedali che presentino condizioni particolari atte a giustificare il provvedimento.

3. Alle aziende ospedaliere si applicano le stesse norme di organizzazione dettate per le unità sanitarie locali di cui all'articolo 3.

4. Gli altri ospedali pubblici conservano la natura di presidi delle unità sanitarie locali, con obbligo di prevedere il direttore sanitario. La legge di cui all'articolo 3, comma 1, attribuisce a questi ospedali ampia autonomia funzionale, con propria contabilità all'interno del bilancio

della unità sanitaria locale, e la potestà di gestire gli appositi finanziamenti ad essi destinati.

ART. 5.

(Istituti a carattere scientifico, policlinici e enti di ricerca).

1. Ferme restando le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico e il raccordo con la programmazione sanitaria regionale o provinciale di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che si estendono agli istituti zooprofilattici sperimentali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e gli istituti zooprofilattici sperimentali sono riordinati, entro il 30 giugno 1990, come aziende pubbliche di servizio a carattere interregionale, dotate di personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Il riordinamento è disposto con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi con il procedimento di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, tenendo presenti in quanto applicabili i principi organizzativi di cui agli articoli 3 e 4.

2. Ferme restando le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico e il raccordo con la programmazione sanitaria regionale o provinciale di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato riordinano i propri ordinamenti uniformandoli alle norme riguardanti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, in quanto applicabili, nel rispetto dell'autonomia giuridico-amministrativa di cui godono. I rapporti con il servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate tra la regione o la provincia autonoma e l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico sulla base di schemi tipo approvati di concerto dal Ministro della sanità, con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ed il

Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la convenzione è stipulata con il Ministro della sanità, con l'assistenza della regione o della provincia autonoma interessata.

3. I rapporti tra le università che gestiscono direttamente policlinici universitari e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate per ciascun policlinico tra le regioni o le province autonome e le università medesime, rappresentate dal rettore che si avvale anche dell'organo di gestione del policlinico di cui all'articolo 18 della legge 9 dicembre 1985, n. 705. Le convenzioni sono stipulate in conformità a schemi tipo approvati di concerto dal Ministro della sanità, con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ed il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, con l'assistenza delle regioni o province autonome e delle università interessate.

4. I rapporti concernenti le cliniche universitarie, le divisioni, i servizi a direzione univesitaria operanti all'interno di ospedali pubblici, nonché gli enti di ricerca di cui all'articolo 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono disciplinati da convenzioni stipulate con le regioni o province autonome sulla base di schemi tipo di convenzione approvati di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica

con l'assistenza rispettivamente della regione o provincia autonoma e della università interessata.

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

6. In attesa del riordino dei policlinici universitari, che dovrà prevedere l'istituzione dei ruoli del personale di assistenza sanitaria, il personale di cui al terzo comma dell'articolo 4 della legge 20 maggio 1985, n. 207, che alla data del 31 luglio 1989 abbia svolto collaborazione professionale retribuita presso i policlinici universitari a gestione diretta per almeno tre anni e con impegno orario non inferiore a 15 ore settimanali, continua a prestare servizio presso la struttura universitaria alla quale è assegnato. Detto personale, dalla data di entrata in vigore della presente legge, fermo restando l'at-

tuale rapporto di lavoro, presta servizio con una retribuzione di importo pari a quella delle corrispondenti qualifiche ospedaliere a livello iniziale.

7. Le istituzioni di cui al presente articolo possono essere ammesse direttamente a beneficiare degli investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva, determinata dal C.I.P.E., su proposta del Ministro della sanità, in sede di definizione delle disponibilità per i mutui.

ART. 6.

(Servizi multizonali di prevenzione).

1. Entro il termine perentorio indicato dall'articolo 3, comma 1, le regioni e le province autonome riorganizzano i servizi e i presidi multizonali di igiene e prevenzione.

2. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti i criteri che devono sovrintendere alla predetta organizzazione avendo riguardo ai seguenti principi:

a) ai servizi sono attribuite le funzioni di controllo, tutela, prevenzione e coordinamento di cui agli articoli 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) il riferimento territoriale coincide con l'ambito provinciale;

c) i servizi multizonali di prevenzione sono da attribuire per ciascuna provincia alla responsabilità gestionale di una unità sanitaria locale, individuata dalla regione o provincia autonoma, con previsione del responsabile del servizio;

d) i laboratori e le attrezzature tecniche dei servizi svolgono attività di analisi e accertamento sulla base di programmi definiti dall'organismo regionale o a richiesta delle unità sanitarie locali e a supporto delle loro attività istituzionali,

nonché a richiesta delle province e del Ministero dell'ambiente;

e) le dotazioni organiche dei servizi sono definite in modo da assicurare il passaggio del personale proveniente dai servizi delle unità sanitarie locali operanti nell'ambito delle funzioni assegnate ai servizi multizonali di prevenzione.

ART. 7.

(Sperimentazioni e concessione di opere e di servizi).

1. Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza, sono consentite, in deroga alle normative vigenti, ad iniziativa delle regioni, delle province autonome, delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli organismi di cui all'articolo 5 oppure del Ministero della sanità d'intesa con gli organismi interessati, sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, consorzi e società di servizi, nonché sperimentazioni di fruizione indiretta di livelli di assistenza sanitaria a tariffe predeterminate. Le sperimentazioni sono condotte nel rispetto dell'autonomia decisionale dei cittadini e in conformità ad un protocollo di sperimentazione.

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

3. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere possono utilizzare per lo svolgimento delle sperimentazioni, nonché per i propri compiti istituzionali non attinenti a funzioni sanitarie, l'istituto della concessione sia di opere che di servizi, motivando nel provvedimento di concessione le ragioni di conve-

nienza e gli elementi di garanzia che supportano la decisione; a tal fine le regioni possono, altresì, dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

ART. 8.

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

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

a) il soddisfacimento di almeno il 50 per cento della domanda in strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente rappresenta un impegno prioritario da conseguire in tutto il Paese;

b) la quota residua va utilizzata, in rapporto alle condizioni locali, nel rispetto dei criteri indicati dall'articolo 9, comma 1, lettera d) della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Per quanto concerne le prestazioni connesse a tecnologie innovative, individuate dal Ministro della sanità, e, in prima applicazione, con riferimento alla tomografia assiale computerizzata e alla risonanza magnetica nucleare, le regioni e le province autonome sono tenute a potenziare le strutture a gestione diretta considerando tra le priorità del piano straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, questo impegno e utilizzando allo scopo le relative disponibilità finanziarie. In caso di impossibilità per il Servizio sanitario nazionale di soddisfare le richieste dei cittadini entro i termini di cui all'articolo 19, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, le unità sanitarie locali autorizzano l'effettuazione delle prestazioni presso strutture private non convenzionate, purché in possesso delle prescritte autorizzazioni sanitarie, certificando sulla copia della richiesta, convali-

data da un medico specialista della unità sanitaria locale, da conservare agli atti della unità sanitaria locale, le circostanze che hanno determinato il ricorso alla modalità assistenziale in questione. In questo caso i cittadini hanno diritto al rimborso di un importo pari alla tariffa della analoga prestazione convenzionata, o definita dal Ministro della sanità, al netto del *ticket*, dietro esibizione della ricevuta fiscale di avvenuto pagamento. Si applicano anche per questa modalità assistenziale le esenzioni dal pagamento del *ticket*. Gli esenti per reddito possono, se la struttura privata ne dichiara l'accettazione, delegare la stessa a riscuotere per suo conto il rimborso spettante.

ART. 9.

(Rapporto di lavoro del personale).

1. A decorrere dal 1° gennaio 1991 il rapporto di lavoro del personale dipendente dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere del Servizio sanitario nazionale è regolato da contratto di diritto privato integrato dalle norme di cui al comma 2.

2. Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1990, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro e per la funzione pubblica, sentita l'apposita Commissione parlamentare prevista dall'articolo 79 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare gli aspetti del rapporto di lavoro subordinato di cui al comma 1 che hanno rilievo per la funzione pubblica esercitata dal Servizio sanitario nazionale, sulla base dei seguenti principi:

a) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale:

b) disciplinare le categorie e le qualifiche del personale;

c) individuare, anche ai fini della determinazione delle relative qualifiche, apposita area professionale medica caratterizzata da autonomia professionale, contrattuale e previdenziale;

d) prevedere l'esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e disciplinare le conseguenti incompatibilità;

e) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale e le relative conseguenze di natura giuridica ed economica;

f) prevedere disposizioni per rendere omogeneo in tutto il territorio nazionale il trattamento economico, differenziato per il rilievo delle funzioni svolte;

g) prevedere il rapporto a termine, quinquennale, rinnovabile senza limiti di rinnovo, senza che ciò costituisca trasformazione del rapporto a tempo indeterminato, per i livelli di vertice della dirigenza degli attuali ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, vietando il trasferimento e il subentro automatico in caso di vacanza di posti.

3. Entro il 30 settembre 1990 tra la delegazione di parte pubblica per il comparto della sanità e le organizzazioni sindacali del personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale è definito un accordo che regola il passaggio del personale dall'attuale rapporto di lavoro a quello previsto dal comma 1.

4. Il rapporto di cui al comma 1 è disciplinato dalle norme di legge e da quelle dei contratti collettivi di lavoro, stipulati tra le organizzazioni sindacali rappresentative dei lavoratori dipendenti e la rappresentanza sindacale delle aziende pubbliche unità sanitarie locali e ospedaliere, assistita da cinque rappresentanti delle regioni o province autonome designati dalla Conferenza, da tre rappre-

sentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante del Ministero del tesoro.

5. Dal 1° gennaio 1990 non possono essere fatte assunzioni a tempo definito, così come disciplinato dall'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, né essere accolte domande di passaggio da rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo definito.

6. Restano ferme per il personale dipendente dalle unità sanitarie locali e dalle aziende di cui al comma 1 le attuali disposizioni in materia di trattenute di quiescenza e di previdenza.

7. Sono istituite le federazioni regionali degli ordini delle professioni sanitarie e le sezioni regionali degli ordini nazionali delle altre professioni sanitarie, quali organi consultivi delle regioni in materia di programmazione sanitaria regionale e di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello regionale. Le federazioni e le sezioni regionali svolgono, altresì, i compiti ad esse affidati dai contratti e convenzioni nazionali. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo emana norme relative alla costituzione, ai compiti ed al funzionamento delle federazioni e sezioni regionali medesime.

ART. 10.

(Regime dei controlli).

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

a) rilevazione sistematica dei dati relativi al personale, alle prestazioni extraospedaliere, ai ricoveri ospedalieri in funzione della casistica trattata, all'acquisto di beni e servizi e ai consumi per le

analisi dell'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie di cui all'articolo 13, comma 8, e ai connessi oneri finanziari;

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

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

2. Il controllo sugli atti dei comitati di indirizzo e degli amministratori unici delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è esercitato dalle regioni o province autonome.

3. Le regioni e province autonome, tramite l'organismo di cui all'articolo 2, comma 1, effettuano il controllo di gestione sulle unità sanitarie locali e sulle aziende ospedaliere; per lo svolgimento del controllo di gestione possono essere utilizzate società specializzate.

4. Il Ministro della sanità riferisce sullo svolgimento e sui risultati dei controlli di gestione in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese.

5. In caso di inottemperanza delle unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni derivanti da atti di indirizzo e coordinamento, le regioni e le province autonome, previa diffida, adottano i provvedimenti necessari anche mediante l'invio di appositi commissari. Lo stesso potere viene esercitato dal Ministro della sanità ai sensi dell'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

6. Qualora ricorrano gravi motivi o la gestione di una unità sanitaria locale o di una azienda ospedaliera presenti una situazione di dissesto per due esercizi consecutivi, con decreto del Presidente della Giunta regionale si può procedere alla revoca dell'amministratore unico e alla nomina di un Commissario straordinario.

ART. 11.

(Gestione del patrimonio).

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

2. I beni immobili e patrimoniali diversi da quelli indicati al comma 1, pervenuti agli enti locali per effetto di scorpori o soppressione di enti ai sensi degli articoli 61, comma terzo, lettera *a*), 65, comma primo e 66, comma primo, lettere *a*) e *b*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, sono trasferiti alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere nel rispetto dei titoli originari di proprietà e sono amministrati dalla regione, attraverso l'organismo di cui all'articolo 2, comma 1 rispettando gli eventuali vincoli di scopo e di destinazione degli utili secondo gli atti originari di acquisizione.

ART. 12.

(Partecipazione e diritti dei cittadini).

1. Costituiscono impegno per il Servizio sanitario nazionale l'attivazione di un

efficace sistema di informazione al pubblico e l'adozione del sistema della prenotazione oraria finalizzati ad agevolare la fruizione dei servizi, la personalizzazione e l'umanizzazione dei rapporti con i cittadini e la garanzia di poter comunicare con gli amministratori e con i funzionari competenti per materia, la costituzione di comitati per la tutela dei diritti dei cittadini, la definizione, anche mediante l'armonizzazione di quelle adottate in sede locale, di carte dei diritti del cittadino malato. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti i criteri per l'attuazione di quanto sopra, avendo riguardo al principio di rendere effettive e concrete le garanzie previste dalle normative vigenti in favore dei cittadini e dei malati.

2. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'applicazione dei principi enunciati al comma 1. Le regioni e le province autonome indicano annualmente una seduta pubblica dei rispettivi consigli dedicata allo stesso argomento.

ART. 13.

*(Misure diverse connesse
alla manovra finanziaria).*

1. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti gli indirizzi ai quali le regioni e le province autonome devono uniformarsi nel processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri, in attuazione al decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109. L'atto di indirizzo e coordinamento deve uniformarsi ai seguenti principi:

a) promuovere ed agevolare il processo di riequilibrio territoriale nelle dotazioni strutturali, strumentali e di perso-

nale al fine di garantire l'uniformità di accesso e contenere le attese e la mobilità sanitaria ospedaliera;

b) eliminare le situazioni di diseconomia, rappresentate da eccesso di posti letto non utilizzati o dalla presenza di presidi che uniscono ad una diseconomia di scala un modesto livello tecnologico, anche attraverso la chiusura o la riconversione degli ospedali che non raggiungono lo *standard* minimo di 120 posti letto, con deroghe motivate in presenza di situazioni di particolare disagio assistenziale o riguardanti attività di particolare impegno svolte dal presidio ospedaliero oltre la normale attività di ricovero;

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

d) potenziare le attività di degenza a ciclo diurno, le forme di assistenza domiciliare integrata e di spedalità domiciliare quali modalità idonee a trattenere i cittadini nell'ambito della famiglia, riducendo nel contempo il ricorso alle strutture ospedaliere di degenza;

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

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

g) sviluppare le misure di riorganizzazione della rete ospedaliera raccordando unitariamente al processo di pro-

grammazione generale dei servizi, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale e regionale, dato il carattere unitario del processo di tutela della salute della popolazione;

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

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

3. All'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali a gestione diretta e convenzionati obbligatoriamente sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e una quota non superiore al 10 per cento dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento; in caso di mancata possibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture gli spazi stessi vanno reperiti dalle unità sanitarie locali o dalle aziende ospedaliere mediante convenzioni con case di cura o altre istituzioni di ricovero, dandone notizia alla regione o provincia autonoma e all'amministrazione centrale. Le convenzioni vanno limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la

libera professione all'interno delle strutture pubbliche in diretta gestione. Le regioni e le province autonome provvedono a dare attuazione alla presente disposizione entro il termine perentorio di mesi quattro dalla data di entrata in vigore della presente legge; ove le regioni e le province autonome non provvedano nei predetti termini, provvede il Ministro della sanità su segnalazione del Commissario di Governo.

4. A decorrere dell'esercizio finanziario 1990 è abrogato il secondo comma dell'articolo 25 della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

5. Il termine di cui all'articolo 19, comma 2, della legge 11 marzo 1988, n. 67, è differito al 30 giugno 1990.

6. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, vengono definiti criteri uniformi per la fissazione dei valori minimi nazionali delle tariffe e dei diritti spettanti al Servizio sanitario nazionale per prestazioni non di diritto, rese a richiesta e ad utilità di soggetti interessati, rispettando il principio del pagamento dei servizi resi secondo il costo reale, nonché tenendo conto del valore economico delle operazioni di riferimento.

7. Fino al 30 giugno 1990 non si fa luogo ad aumenti del prezzo delle specialità medicinali comprese nel prontuario terapeutico nazionale. Per il periodo successivo il prezzo dei farmaci è determinato dal CIP, integrato dai Ministri della sanità e del bilancio e della programmazione economica.

8. Presso il Ministero della sanità è istituito l'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie sanitarie come articolazione del sistema informativo sanitario per la effettuazione di rilevazioni, studi e controlli nel settore dell'acquisto dei beni e servizi, con particolare riguardo ai beni di largo consumo, ai farmaci e presidi di uso ospedaliero, alle apparecchiature e agli strumenti di alta tecnologia. I dati relativi alle rilevazioni sono pubblicati ogni tre mesi a cura del Ministero della

sanità. Nell'ambito dell'osservatorio è istituito l'albo dei fornitori. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti criteri in materia di acquisti e approvvigionamento di beni e servizi, da ispirare ai principi di garanzia delle normative vigenti presso il Provveditorato generale dello Stato per le forniture alle amministrazioni pubbliche statali.

9. A decorrere dal 1° gennaio 1990 la misura del contributo di cui al primo comma dell'articolo 8 della legge 7 agosto 1982, n. 526, è fissata nella aliquota del 6,5 per cento del premio incassato nell'anno precedente dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli e dei natanti per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni. L'aliquota di cui sopra si applica sui premi incassati, escluse le tasse e le imposte, depurati degli oneri di gestione determinati annualmente con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato ai sensi dell'articolo 123 del testo unico delle leggi sull'esercizio delle assicurazioni private, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1959, n. 449.

10. Con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, sono determinate le modalità e i tempi con i quali le imprese assicuratrici effettuano il versamento del contributo di cui al comma 9.

ART. 14.

(Piano sanitario nazionale 1990-1994).

1. La ripartizione del finanziamento della prima annualità del Piano sanitario nazionale, la cui durata viene fissata in cinque anni a decorrere dal 1990, è effettuata con le modalità previste per la ripartizione del fondo sanitario nazionale, sulle quote a destinazione vincolata all'uopo accantonate, sulla base dei criteri

di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109.

ART. 15.

(Disposizioni di attuazione).

1. Nei casi di inosservanza da parte della regione o della provincia autonoma dei termini perentori indicati nella presente legge la quota del fondo sanitario interregionale viene trasferita alla regione o alla provincia autonoma in misura uguale alla corrispondente quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita per l'esercizio 1990.

2. Decorsi i termini richiamati al comma 1 senza che siano stati adottati da parte della regione o della provincia autonoma i provvedimenti necessari per la trasformazione delle unità sanitarie locali, la costituzione delle aziende ospedaliere e la riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione, decadono tutti gli organi di amministrazione delle unità sanitarie locali. La regione o la provincia autonoma nomina commissari straordinari che provvedono alla gestione delle unità sanitarie locali sino all'insediamento degli organi previsti dalla presente legge. In caso di inerzia delle regioni o delle province autonome, decorsi 60 giorni, i commissari straordinari sono nominati dal Ministro della sanità su segnalazione del Commissario del Governo. Nello stesso termine il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari per l'attuazione di quanto previsto dagli articoli richiamati al comma 1.

ART. 16.

(Entrata in vigore).

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