

# CAMERA DEI DEPUTATI <sup>N. 3974</sup>

---

## **DISEGNO DI LEGGE**

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
(DE MITA)

E DAL MINISTRO DELLA SANITÀ  
(DONAT-CATTIN)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO  
(GAVA)

COL MINISTRO DELLE FINANZE  
(COLOMBO)

COL MINISTRO DEL TESORO  
(AMATO)

COL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA  
(RUBERTI)

COL MINISTRO PER LA FUNZIONE PUBBLICA  
(CIRINO POMICINO)

E COL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI ED I PROBLEMI ISTITUZIONALI  
(MACCANICO)

—

Conversione in legge del decreto-legge 29 maggio 1989,  
n. 199, recante misure urgenti per la riorganizzazione del  
Servizio sanitario nazionale

---

*Presentato il 30 maggio 1989*

---

ONOREVOLI DEPUTATI! — Il provvedimento riproduce il decreto n. 111 del 25 marzo 1989 decaduto per mancata conversione nei termini. Rispetto al testo originario quello attuale contiene alcune modifiche dovute al recepimento di orientamenti emersi in sede di esame parlamentare, nonché ad un necessario aggiornamento sia riguardo a termini da talune norme indicati che in conseguenza di provvedimenti nel frattempo adottati in ossequio al dettato del decreto-legge n. 152 del 27 aprile 1989.

Le motivazioni del provvedimento sono di seguito illustrate.

Lo stato di grave inefficienza in cui versano le unità sanitarie locali è ormai a tutti ben noto, come sono noti i tentativi del Governo di porvi rimedio; tentativi che, sotto il profilo normativo, si concretizzano nel disegno di legge atto Camera n. 1942, che è ora all'esame di un comitato ristretto presso la XII Commissione della Camera.

L'iter parlamentare di detto disegno di legge non può essere però breve per la vastità delle problematiche affrontate, che richiedono un approfondito vaglio. Da ciò la necessità di anticipare gli aspetti più salienti della ristrutturazione del Servizio sanitario nazionale come giusta contropartita delle compartecipazioni alla spesa sanitaria che il Governo è costretto ad imporre al cittadino per superare l'attuale sfavorevole congiuntura economica.

Gli articoli da 1 a 5 riprendono, infatti, sia pure con alcuni scostamenti, le previsioni del citato atto Camera n. 1942 e sono finalizzati alla modifica di aspetti strutturali del Servizio sanitario nazionale. Le successive norme (articoli 6 e 7) impongono, determinandole in dettaglio, quote di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

I due gruppi di norme si armonizzano tra loro nel rilievo che l'esigenza di imporre un onere all'utente del Servizio sanitario nazionale ha come motivazione di fondo proprio il cattivo funzionamento delle USL da cui dipende, in buona sostanza, il deficit dello Stato.

L'articolo 1 enuncia la trasformazione del Fondo sanitario nazionale in Fondo sanitario interregionale. È questa la più rilevante novità che concorre a qualificare il provvedimento.

La disposizione prevede le componenti del fondo per la parte corrente e per la parte in conto capitale e la composizione di un'apposita commissione, di durata triennale, che dovrà provvedere alla ripartizione del fondo stesso tra le regioni e le province autonome.

La ripartizione del fondo è effettuata per il 95 per cento sulla base di coefficienti parametrici che la commissione medesima deve predeterminare.

Detti parametri sono proposti dal Ministro della sanità e studiati appositamente per un graduale riequilibrio nazionale nell'impiego delle risorse, con riferimento ad elementi analiticamente indicati dal provvedimento stesso.

Con la medesima deliberazione la commissione, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, individua i finanziamenti occorrenti per i compiti di ricerca svolti dagli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico e per gli Istituti zooprofilattici sperimentali, nonché per la realizzazione di programmi speciali di interesse e rilievo nazionali. I relativi importi sono trasferiti al Ministero della sanità.

Sempre con tale provvedimento la commissione individua il finanziamento da assegnare alla Croce rossa italiana per le attività istituzionali e quello

da destinare ad iniziative previste da leggi nazionali.

Ancora con la delibera in parola la commissione provvede a ripartire alle regioni e alle province autonome l'ammontare complessivo del fondo in conto capitale. Tale ripartizione è adottata, su proposta del Ministro della sanità, con riferimento ad elementi predeterminati quali la consistenza e lo stato di conservazione delle strutture immobiliari sanitarie e la consistenza e lo stato di conservazione a livello tecnologico degli impianti e delle dotazioni strumentali.

La residua parte del fondo sanitario interregionale (5 per cento) è ripartita dall'apposita commissione, entro il mese di giugno di ciascun anno, per fronteggiare eventuali fabbisogni particolari ed imprevisti, ovvero secondo i criteri che hanno determinato il riparto del 95 per cento del fondo stesso.

Le quote del fondo sanitario interregionale di parte corrente assegnate alle regioni a statuto ordinario confluiscono nel fondo comune regionale come parte indistinta e concorrono a comporre il bilancio regionale, di cui fanno parte integrante anche se 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.

Il riepilogo delle spese sostenute per le attività sanitarie in ambito regionale deve essere allegato al bilancio consuntivo della regione e della provincia autonoma.

Eventuali spese di gestione per servizi eccedenti quelli garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale sono finanziati dalle regioni con utilizzo di proprie risorse. In ugual modo provvedono le regioni e le province autonome per la copertura di eventuali disavanzi di gestione.

I criteri che hanno determinato la ripartizione del fondo sanitario interregionale devono ispirare il finanziamento delle USL e degli altri soggetti deputati

allo svolgimento delle funzioni del Servizio sanitario nazionale. Copia dei provvedimenti regionali di finanziamento è inviata al Ministero della sanità.

Le somme in tal modo assegnate devono essere trasferite agli interessati all'inizio di ciascun trimestre con accreditamento su apposita contabilità speciale presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato territorialmente competente.

Le successive disposizioni, commi 13 e 14, prevedono la destinazione di eventuali avanzi annuali e l'utilizzazione, per il potenziamento delle strutture, dei proventi dei servizi resi a pagamento e degli utili derivanti dalla utilizzazione del proprio patrimonio immobiliare, o dalla eventuale cessione dello stesso, a favore dei soggetti che gli utili stessi hanno realizzato.

Ad un atto di indirizzo e coordinamento, da adottarsi entro 120 giorni dalla entrata in vigore del decreto, è demandata la indicazione alle regioni e province autonome del quadro dei criteri per adottare norme di contabilità atte ad individuare e responsabilizzare i centri di spesa delle aziende USL ed ospedaliere.

Di indubbio rilievo è la previsione della introduzione nelle aziende USL ed ospedaliere di tecniche e di analisi di produttività, di costi e dei benefici, nonché procedure di controllo di gestione. Dette tecniche sono introdotte con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica.

In conseguenza della istituzione del fondo sanitario interregionale è soppresso il fondo sanitario nazionale istituito con l'articolo 51 della legge n. 833 del 1978. Norme transitorie prevede poi l'articolo in esame (comma 18) per la definizione della partita sospesa in conto gestione e residui dal Fondo sanitario nazionale sino al loro esaurimento. Infine, l'ultimo comma dell'articolo 1 stabilisce che la nuova disciplina del fondo sanitario interregionale avrà effetto dal 1° gennaio 1990, in ragione della sua particolare complessità.

L'articolo 2 si occupa del riordino delle unità sanitarie locali.

Il comma 1 demanda alla legge regionale e provinciale la disciplina di importanti aspetti inerenti l'assetto organizzativo nel rispetto di predeterminati principi. La menzionata legge deve, in particolare, provvedere:

a) alla istituzione di un apposito organismo cui è affidato il compito di provvedere alla ripartizione delle risorse delle aziende USL ed ospedaliere, alla gestione ed agli atti preparatori di alienazione e di trasferimento del patrimonio immobiliare regionale e con funzioni, altresì, di direzione tecnica, di vigilanza e di controllo di gestione, nonché di consolidamento dei bilanci a livello regionale;

b) alla delimitazione delle USL secondo determinati ambiti territoriali e secondo i precisi criteri che la disposizione stabilisce;

c) all'attribuzione alle USL della natura di aziende di servizi con personalità giuridica, con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile;

d) alla individuazione degli organi delle USL che sono costituiti dal consiglio di amministrazione, dal presidente, dal direttore generale e dal collegio dei revisori;

e) alla previsione dell'amministrazione straordinaria delle USL e delle aziende ospedaliere quando si registrino disavanzi di bilancio, gravi disservizi o dissesti economico-finanziari;

f) ai criteri per la regolamentazione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle USL preesistenti.

Il comma 2 detta disposizioni in ordine alla composizione del consiglio di amministrazione, alla indennità di carica, alla regolamentazione di permessi per i componenti. La nomina dei membri del consiglio di amministrazione è affidata per le aziende USL ai consigli comunali o alle assemblee delle associazioni di comuni e alle comunità montane territorial-

mente competenti, con voto limitato per assicurare la rappresentanza delle minoranze e per le aziende ospedaliere ai consigli regionali o alle province autonome.

I compiti del consiglio di amministrazione sono predeterminati: approvazione dei bilanci preventivi, dei conti consuntivi, dei regolamenti e dei programmi, nonché poteri di controllo di gestione e di nomina del direttore generale. Nell'ambito degli anzidetti principi e criteri deve provvedere la legge regionale che detta, altresì norme per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento delle aziende USL e delle aziende ospedaliere, fra le quali sono poi distribuite le risorse finanziarie secondo i criteri già esaminati per il riparto del fondo sanitario interregionale tra le regioni e le province autonome.

Una competenza particolare demandata al consiglio di amministrazione è quella della nomina del direttore generale, che deve essere scelto tra gli iscritti in un apposito elenco nazionale.

Sono già indicati i requisiti per l'iscrizione all'albo e prefissate le modalità di formazione e deposito dell'elenco da parte di una apposita commissione istituita con decreto del Ministro della sanità. La norma indica la composizione di detta commissione ed i criteri cui la stessa deve informare i propri lavori per l'ammissione degli aspiranti all'elenco nazionale.

L'incarico di direttore generale è rinnovabile ed è disciplinato dal contratto di lavoro privato dei dirigenti d'azienda.

Il comma 4 dell'articolo 2 elenca in modo tassativo i poteri attribuiti al direttore generale e la semplice lettura di tale norma evidenzia il carattere manageriale della gestione della azienda USL ed ospedaliere e l'aspetto profondamente innovativo cui la normativa è preordinata e tende, in particolare con l'introduzione nella azienda della figura del direttore generale.

Il provvedimento con cui, in sede locale, trovano concreta attuazione i criteri finora enunciati è la legge regionale o provinciale; ciò motiva la previsione del comma 5 dell'articolo 2 circa l'adozione da parte del Governo di provvedimenti,

in via sostitutiva, in caso di mancata emanazione di detto provvedimento da parte di qualche regione o provincia.

Con la legge regionale o provinciale in parola devono essere, altresì, disciplinate le modalità di nomina e le attribuzioni del collegio dei revisori (comma 6), per il quale il decreto-legge detta criteri in ordine alla presidenza, attribuita ad un rappresentante del Ministero del tesoro, e alla rappresentanza del Ministero della sanità. Dalla disposizione che segue (comma 7) sono predeterminati i compiti del collegio dei revisori.

L'articolo 3 riguarda le aziende ospedaliere e la sperimentazione. La disposizione indica gli ospedali pubblici che, sempre con il provvedimento indicato dal comma 1 dell'articolo 2, possono essere costituiti in aziende ospedaliere con personalità giuridica, struttura amministrativa e organizzativa autonoma analoga a quella prevista per le aziende USL, unico elemento di differenziazione è la prevista presenza del direttore sanitario.

Gli altri ospedali (pubblici) ai quali tale costituzione non è riconosciuta svolgono funzioni di presidi delle aziende USL e sono dotati di autonomia funzionale con propria contabilità all'interno del bilancio della azienda USL e con gestione autonoma dei finanziamenti loro destinati.

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico sono oggetto del comma 2 dell'articolo 3, che ne prevede il riordino, con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, in aziende di servizio a carattere nazionale, dotate di personalità giuridica con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile.

Sempre con il medesimo provvedimento (di cui all'articolo 2, comma 1) può essere prevista, in via sperimentale, la cessione in comodato di stabilimenti ospedalieri pubblici a società di gestione a prevalente carattere pubblico. La cessione dovrà, però, avvenire sulla base di apposita convenzione conforme ad uno

schema-tipo che il Ministro della sanità deve predisporre, previo parere del Consiglio sanitario nazionale.

La Convenzione deve prevedere specifiche tariffe per ogni singola prestazione. Anche in ordine a tali adempimenti è operante il potere statale di adottare gli occorrenti provvedimenti in via sostitutiva in caso di inoperosità della regione nel termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge. Analoghi poteri sono attribuiti allo Stato per la mancata nomina dei consigli di amministrazione delle aziende ospedaliere.

Le due disposizioni finali (commi 5 e 6 dell'articolo 3) si occupano rispettivamente della istituzione delle camere a pagamento nelle cliniche universitarie (comma 5) e delle modalità per l'esercizio della libera professione (comma 6).

Le modalità per l'esercizio della libera professione devono essere oggetto di regolamento regionale entro 4 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto-legge. Lo stesso decreto-legge pone però delle precise indicazioni circa gli ambiti entro cui la libera professione può svolgersi (all'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali), nonché circa il numero dei posti letto riservati a tal fine (non superiore al 10 per cento, nonché spazi adeguati nei poliambulatori).

Per tale fattispecie, nel caso non provvedano le regioni e province autonome, provvede il Ministro della sanità ai sensi dell'articolo 6, comma 2, della legge n. 595 del 1985.

Il comma 7 istituisce il Consiglio dei sanitari presso ciascuna azienda ospedaliera e presidio ospedaliero della azienda USL e ne fissa i criteri di nomina e la composizione.

Il successivo comma 8 demanda al Governo l'adozione di norme per la costituzione, i compiti ed il funzionamento delle federazioni regionali delle professioni operanti nel Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 4 risponde ad una precisa necessità operativa delle strutture ospedaliere, quale è quella della esatta determi-

nazione del contingente del personale dei ruoli sanitario e tecnico. A ciò, prevede la disposizione, si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri entro il 30 settembre di ogni anno, su proposta del Ministro della sanità, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

Ad un argomento particolare è dedicato l'articolo 5 riferendosi alle convenzioni con laboratori e case di cura private.

Il numero di convenzioni esistenti in ambito regionale alla data di entrata in vigore del decreto-legge rimane in pratica fisso per l'espresso divieto di stipula di ulteriori convenzioni in numero superiore a quello, appunto, esistente a tale data.

Gli articoli 6 e 7 del decreto-legge contengono disposizioni in materia di assistenza specialistica, ospedaliera e farmaceutica.

Le norme con qualche cambiamento ricalcano quelle di cui al decreto-legge 27 aprile 1989, n. 152. Detto provvedimento è stato adottato per elaborare alcune modifiche agli originari articoli 6 e 7 del decreto-legge 25 marzo 1989, n. 111, di analogo contenuto, al fine di eliminare problemi e perplessità applicative emerse in sede di discussione parlamentare e di dare una più organica sistemazione sia alla materia relativa alla partecipazione della spesa nei settori dell'assistenza specialistica, ospedaliera e farmaceutica, sia dell'area dei soggetti esenti.

L'articolo 6 fissa quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti.

Tali quote sono caratterizzate da due aspetti significativi: a) la percentualizzazione della incidenza individuale; b) la previsione di limiti massimi soggettivi.

La concreta determinazione delle prestazioni in funzione di branche specialistiche o di esami di diagnostica strumentale o di laboratorio, con relativa fissazione delle tariffe e delle quote a carico, al fine di rispondere a criteri di uniformità, equità e chiarezza sul piano nazionale, è stata attuata con decreto del Ministro della sanità in data 28 aprile 1989, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 29 aprile 1989.

Per la partecipazione alla spesa per ricoveri ospedalieri la quota di lire 10.000 diventa unica anche con riferimento a ricoveri in istituzioni convenzionate, con limite di durata (10 giorni per ciclo di ricovero) e di costo (lire 200.000 nell'anno solare). Fra i ricoveri ospedalieri sono comunque esclusi quelli afferenti a finalità riabilitative.

È prevista una semplificazione delle modalità di pagamento delle quote di partecipazione (direttamente presso la struttura erogatrice, secondo modalità dalla medesima stabilite) e per le prestazioni ospedaliere (secondo quanto verrà stabilito dalla regione o provincia autonoma).

Significativa, infine, è la notevole attenuazione della quota di partecipazione alle spese per prestazioni termali (30 per cento delle tariffe con il limite di lire 30.000 per ciclo di cura) rispetto a quelle stabilite dal decreto n. 111.

Per quanto concerne l'area delle esenzioni, l'articolo 2, comma 1, aumenta notevolmente i tetti del reddito per pensionati (16 milioni, incrementato fino a 22 milioni in presenza del coniuge a carico e di un ulteriore milione per ogni figlio a carico), quale soglia della esenzione.

È abrogata ogni altra esenzione, escluse quelle relative a forme morbose determinate, ai protocolli per la tutela della maternità, alle categorie di invalidi e assimilati ai donatori di organi e di sangue in connessione con gli atti di donazione.

Le modalità di attuazione delle disposizioni relative alle esenzioni di cui al comma 1, congiuntamente alle modalità per l'accertamento dei requisiti soggettivi per ottenere le esenzioni stesse, sono state determinate con decreto del Ministro dell'interno 20 maggio 1989, n. 179, di concerto con i Ministri della sanità e delle finanze. La norma dispone opportuni criteri di controllo e indica gli organi che possono attivarsi su richiesta dei comuni interessati.

Indebite esenzioni sono punite ai sensi dell'articolo 640 del codice penale con la

pena della reclusione da uno a cinque anni e della multa da lire 600.000 a lire 3 milioni.

\* \* \*

Non si ritiene che debba essere compilata la relazione tecnica in quanto il provvedimento non comporta maggiori oneri. La Commissione di cui all'articolo 1 è infatti una Commissione istituzionale, cui si partecipa in ragione dell'ufficio e per la quale non sono previsti compensi di sorta.

L'introduzione di tecniche di controllo sui meccanismi di formazione della spesa rientra tra le normali attività di ufficio ed è produttiva semmai di risparmi.

La previsione di direttori generali nelle aziende USL e ospedaliere, assunti con contratto di diritto privato che comporta certamente oneri, è però più che compensata dalla contemporanea riduzione del numero delle USL (da 670 a 400 circa), cui vanno però aggiunti 100 ospedali-aziende, per un totale di 500 organismi collegiali (tra l'altro non di gestione) in luogo di 670 comitati di gestione remunerati in misura consi-

stente, con riferimento, in generale, ai compensi degli amministratori comunali locali.

L'attuazione della libera professione intramuraria di cui all'articolo 3 costituisce ulteriore incremento dell'autofinanziamento locale e quindi una maggiore entrata per le USL e gli ospedali.

La determinazione dei contingenti di personale è programmaticamente legata a decisioni di Governo ed a compatibilità economiche, per cui non è possibile anticipare previsioni di spesa.

Le norme di cui agli articoli 5, 6 e 7 rappresentano misure di contenimento per migliaia di miliardi di lire e pertanto non si è proceduto a redigere la relazione tecnica di cui all'articolo 11-ter della legge 5 agosto 1978, n. 468, introdotto dalla legge 23 agosto 1988, n. 362, in quanto il provvedimento non comporta nuove o maggiori spese, ovvero minori entrate, a carico del bilancio dello Stato.

\* \* \*

L'accluso decreto viene quindi sottoposto all'esame del Parlamento, ai fini della sua conversione in legge.

## DISEGNO DI LEGGE

—

### ART. 1.

1. È convertito in legge il decreto-legge 29 maggio 1989, n. 199, recante misure urgenti per la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale.

2. Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodotti ed i rapporti giuridici sorti sulla base del decreto-legge 25 marzo 1989, n. 111, nonché dell'articolo 1 del decreto-legge 27 aprile 1989, n. 152.

*Decreto-legge 29 maggio 1989, n. 199, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30 maggio 1989.*

**Misure urgenti per la riorganizzazione  
del Servizio sanitario nazionale.**

**IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**

Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di adottare interventi finalizzati alla modifica di taluni aspetti strutturali del Servizio sanitario nazionale, nonché di fissare nuove quote di partecipazione a carico degli assistiti per le spese di assistenza specialistica, ospedaliera e farmaceutica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 26 maggio 1989;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno, delle finanze, del tesoro, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, per la funzione pubblica e per gli affari regionali ed i problemi istituzionali;

EMANA

il seguente decreto:

**ARTICOLO 1.**

*(Fondo sanitario interregionale).*

1. Il fondo sanitario nazionale è trasformato in fondo sanitario interregionale. Esso è ripartito entro il 30 novembre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio per l'esercizio successivo, nonché sulla base di indicazioni del CIPE, da una apposita commissione costituita con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, formata da sette rappresentanti delle regioni e province autonome, a rotazione, da

due rappresentanti per ciascuno dei Ministeri della sanità e del tesoro e da un rappresentante del Ministero del bilancio e della programmazione economica. La commissione dura in carica 3 anni ed elegge il proprio presidente tra i rappresentanti delle regioni.

2. Il fondo di cui al comma 1 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 per ciascun triennio dalla legge finanziaria e successive modificazioni, anche per assicurare l'assistenza agli indigenti, le funzioni di igiene pubblica, prevenzione collettiva e sanità pubblica veterinaria, e gli obiettivi del piano sanitario nazionale, nonché da ogni altra entrata ad esso destinata. Per la parte in conto capitale il fondo è alimentato da stanziamenti annuali a carico del bilancio dello Stato.

3. La Commissione prevista dal comma 1, con deliberazione da adottare entro il mese di novembre di ciascun anno, provvede a ripartire tra le regioni e le province autonome il 95 per cento dell'ammontare complessivo del fondo sanitario interregionale di parte corrente, quale risulta determinato in applicazione del comma 2, al netto delle quote indicate al comma 4. La ripartizione è effettuata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici predefiniti dalla stessa commissione, su proposta del Ministro della sanità, 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 interregionale, per tipologia delle prestazioni ed assistenza ai cittadini stranieri;
- d) *standard* nazionali di organizzazione e di attività con riguardo alla gradualità dei processi di riequilibrio;
- e) esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini;
- f) reddito medio regionale.

4. Con la deliberazione di cui al comma 3, la commissione, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, individua i finanziamenti occorrenti per l'esercizio delle funzioni di ricerca svolte dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, per gli istituti zooprofilattici sperimentali, nonché per la realizzazione di programmi speciali di interesse e rilievo nazionali e provvede al trasferimento dei relativi importi al Ministero della sanità. Con la medesima deliberazione è individuato il finanziamento da assegnare alla Croce rossa italiana per le proprie attività istituzionali e quello da destinare ad iniziative previste da leggi nazionali.

5. Con la deliberazione di cui al comma 3, la Commissione provvede altresì alla ripartizione alle regioni ed alle province auto-

nome dell'ammontare complessivo del fondo in conto capitale. La ripartizione è adottata su proposta del Ministro della sanità con riferimento ai seguenti elementi:

a) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari sanitarie;

b) consistenza, stato di conservazione e livello tecnologico degli impianti e delle dotazioni strumentali.

6. Entro il mese di giugno di ciascun anno, la commissione del fondo sanitario interregionale, su proposta del Ministro della sanità, delibera la ripartizione della restante quota del 5 per cento del fondo di parte corrente per far fronte ad eventuali fabbisogni particolari ed imprevisti o, in assenza di questi, secondo i criteri deliberati ai sensi del comma 3.

7. Le deliberazioni previste dai commi 3, 4, 5 e 6 sono rese esecutive con decreto del Ministro della sanità.

8. Le quote del fondo sanitario interregionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono nel fondo comune regionale come parte indistinta e concorrono a comporre il bilancio regionale di cui fanno parte integrante, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio. Il bilancio consuntivo della regione e della provincia autonoma deve recare in allegato il riepilogo delle spese sostenute per le attività sanitarie e per quelle sociali a rilievo sanitario svolte dall'insieme dei soggetti costituenti il servizio sanitario regionale, ovvero per le funzioni svolte direttamente dalla regione o dalla provincia autonoma in nome e per conto degli anzidetti soggetti. Nulla è innovato per quanto concerne la rendicontazione trimestrale di cui all'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni ed integrazioni.

9. 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, sono finanziate dalle regioni e dalle province autonome con utilizzo di proprie risorse.

10. Le regioni e le province autonome che conseguono eventuali disavanzi nella gestione dei servizi previsti a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, provvedono alla relativa copertura con proprie risorse.

11. Il finanziamento delle unità sanitarie locali e degli altri soggetti interessati per lo svolgimento delle funzioni di competenza del servizio sanitario regionale è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui ai commi 3, 4, 5 e 6. Copia dei provvedimenti regionali di finanziamento è inviata al Ministero della sanità.

12. Le somme assegnate a ciascuno dei soggetti di cui al comma 11 sono trasferite agli stessi a cura della competente regione o

provincia autonoma all'inizio di ciascun trimestre, con accreditamento sulle contabilità speciali rispettivamente intrattenute o da istituire ai sensi dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato territorialmente competente.

13. Gli eventuali avanzi annuali possono essere destinati, dalle singole unità sanitarie locali e dagli altri soggetti interessati che li hanno realizzati, all'acquisto di attrezzature e al finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica multicentrica.

14. Le unità sanitarie locali e gli altri soggetti interessati utilizzano con contabilità separata, per il potenziamento delle strutture, i proventi dei servizi resi a pagamento e gli utili derivanti dalla utilizzazione del proprio patrimonio immobiliare e dalla loro eventuale cessione.

15. Il bilancio delle regioni e delle province autonome indica l'assegnazione funzionale delle risorse destinate alla tutela della salute dei cittadini e contiene, in allegato al conto consuntivo, il riepilogo dei bilanci delle aziende costituenti il servizio sanitario regionale.

16. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sentito il Consiglio sanitario nazionale, ferma rimanendo la rendicontazione trimestrale di cui all'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, così come integrato dagli articoli 9 e 10 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, si indica alle regioni ed alle province autonome il quadro dei criteri per adottare norme di contabilità atte ad individuare e responsabilizzare i centri di spesa delle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere.

17. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, nelle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere sono introdotte tecniche di analisi di produttività, dei costi e dei benefici, nonché procedure di controllo di gestione.

18. È soppresso il fondo sanitario nazionale istituito con l'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come da ultimo modificato dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595. 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 della partita sospesa in conto gestione e residui del fondo sanitario nazionale sino al loro esaurimento. Sul fondo sanitario interregionale non potranno gravare gli oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione del fondo stesso.

19. Restano in vigore fino al 31 dicembre 1989 le modalità di riparto del fondo previste dalle norme vigenti.

## ARTICOLO 2.

*(Riordinamento delle unità sanitarie locali).*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con legge regionale o provinciale, nel rispetto dei principi di seguito indicati, sono disciplinati:

a) la istituzione di un apposito organismo con il compito di provvedere alla ripartizione delle risorse alle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere, nonché alla gestione e agli atti preparatori di alienazione e di trasferimento alle aziende, di cui al presente articolo e all'articolo 3, del patrimonio immobiliare regionale, esercitando funzioni di direzione tecnica, di vigilanza e di controllo di gestione, con il compito altresì di consolidare i bilanci a livello regionale;

b) la delimitazione delle unità sanitarie locali secondo ambiti territoriali individuati in base a gruppi di popolazione compresi tra 200.000 e 400.000 abitanti. Nelle province con popolazione inferiore a 200.000 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. Sono fatte salve le unità sanitarie locali che coincidano con comunità montane. In condizioni territoriali particolari, previo parere del Consiglio sanitario nazionale, è consentita la delimitazione di unità sanitaria locale secondo ambiti con popolazione inferiore a 200.000 abitanti e, comunque, non inferiore a 150.000;

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

d) la individuazione degli organi delle unità sanitarie locali, costituiti dal consiglio di amministrazione, dal presidente, dal direttore generale e dal collegio dei revisori;

e) la previsione dell'amministrazione straordinaria delle unità sanitarie locali e ospedaliere quando si registrino disavanzi di bilancio, gravi disservizi o situazioni di dissesto economico-finanziario;

f) i criteri per il trasferimento e l'accollo dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle unità sanitarie locali preesistenti che vengono accorpate ai sensi della lettera b). Le leggi regionali e delle province autonome indicano la unità sanitaria locale di nuova costituzione o l'azienda ospedaliera alla quale sono imputati i rapporti giuridici già in atto, sulla base dei servizi ad esse attribuiti. Per i rapporti e per le forniture di cui non sia agevole la divisione, il provvedimento regionale o provinciale indica l'unità sanitaria locale alla quale essi sono formalmente imputati e le eventuali forme di compensazione da parte delle altre unità sanitarie locali o aziende ospedaliere interessate.

2. La legge regionale o della provincia autonoma stabilisce, inoltre, la composizione del consiglio di amministrazione, fino ad un massimo di nove membri e per la durata di cinque anni, la determinazione dell'indennità di carica e dei permessi per il presidente ed i membri del consiglio di amministrazione, entro i limiti previsti per i presidenti ed i membri dei consigli di amministrazione di aziende municipalizzate. I presidenti ed i membri dei consigli di amministrazione delle aziende unità sanitarie locali sono nominati dai consigli comunali o dalle assemblee delle associazioni di comuni e dalle comunità montane, competenti in relazione agli ambiti territoriali delimitati dal comma 1, lettera *b*), con voto limitato per assicurare la rappresentanza della minoranza dell'organo elettivo. Ugualmente, i componenti dei consigli di amministrazione delle aziende ospedaliere sono nominati dai consigli regionali o delle province autonome. Al consiglio di amministrazione spettano i poteri di approvazione dei bilanci preventivi, dei conti consuntivi, dei regolamenti e dei programmi, nonché i poteri di controllo di gestione e di nomina del direttore generale con le modalità di cui al comma 3. La stessa legge regionale o della provincia autonoma detta norme per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Le risorse finanziarie sono ripartite secondo i criteri di cui all'articolo 1.

3. Il consiglio di amministrazione della azienda unità sanitaria locale o ospedaliera nomina il direttore generale scegliendo tra gli appartenenti ad apposito elenco nazionale, al quale possono accedere candidati in possesso del diploma di laurea e che hanno 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. L'elenco nazionale è formato e tenuto da una commissione di ammissione e garanzia, scelta e presieduta dal presidente del CNEL e istituita con decreto del Ministro della sanità. La commissione è composta dal presidente e da quattro membri esperti in materie economiche, sanitarie e di organizzazione aziendale. Nel definire l'ammissione all'elenco nazionale la commissione tiene conto, tra l'altro, dei titoli accademici specifici e degli approfondimenti formativi compiuti in corsi di perfezionamento o di specializzazione post-laurea in materie rilevanti per le funzioni da esercitare, svolti presso istituzioni di riconosciuto valore scientifico definite dalla stessa commissione di ammissione e garanzia. L'incarico di direttore generale è rinnovabile ed è disciplinato dal contratto di lavoro di diritto privato dei dirigenti d'azienda.

4. Il direttore generale:

*a*) è responsabile dell'attività gestionale dei presidi, dei servizi e degli uffici dell'unità sanitaria locale;

*b*) ha tutti i poteri di amministrazione, fatti salvi quelli riservati al consiglio di amministrazione;

c) provvede agli acquisti ed alle spese necessarie per il funzionamento dell'unità sanitaria locale;

d) provvede all'organizzazione del lavoro e adotta gli atti relativi all'amministrazione del personale;

e) partecipa, con voto consultivo, alle sedute del consiglio di amministrazione e cura l'esecuzione delle relative deliberazioni;

f) coordina l'attività istruttoria dei progetti di delibera da sottoporre all'approvazione, compresi quelli inerenti il bilancio preventivo e consuntivo;

g) verifica il conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi nelle prestazioni dei servizi, secondo criteri di efficienza e di economicità della gestione;

h) può delegare l'adozione di singoli atti o categorie di atti a responsabili di servizi o a dirigenti dei presidi ospedalieri;

i) è tenuto a consultare il direttore sanitario per ogni decisione che riguardi le attività tecnico-sanitarie e assistenziali, ivi compresi gli investimenti in materia;

l) consulta il consiglio dei sanitari periodicamente ed ogni volta che sia previsto da disposizioni normative.

5. Qualora la regione o la provincia non provvedano all'approvazione della legge di cui al comma 1, nel termine ivi previsto, il Governo provvede in via sostitutiva.

6. La legge regionale o della provincia autonoma di cui al comma 2 disciplina le modalità di nomina e le attribuzioni del collegio dei revisori, assicurando la partecipazione di un rappresentante del Ministero del tesoro - Ragioneria generale dello Stato, con funzioni di presidente, e di un rappresentante del Ministero della sanità.

7. Il collegio dei revisori, oltre a svolgere i compiti previsti dall'articolo 2403 del codice civile, può assistere alle sedute del consiglio di amministrazione, compila le relazioni sui progetti di bilancio di previsione, sul conto consuntivo finanziario e sul rendiconto economico patrimoniale e redige trimestralmente una relazione sulla gestione amministrativo-contabile delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, da trasmettere alla regione, all'organismo regionale di cui al presente articolo, ai Ministeri della sanità e del tesoro. Segnala le eventuali irregolarità gestionali al consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, al presidente della giunta regionale ed ai Ministeri del tesoro e della sanità.

### ARTICOLO 3.

*(Aziende ospedaliere e sperimentazione).*

1. Con la legge regionale o provinciale di cui al comma 1 dell'articolo 2 sono costituiti in aziende ospedaliere con personalità

giuridica e con struttura amministrativa ed organizzativa autonoma analoga a quella prevista per le unità sanitarie locali, prevedendo altresì il direttore sanitario secondo i criteri dettati con l'articolo 2, comma 2, gli ospedali pubblici di alta specializzazione e quelli di grandi dimensioni con almeno 600 posti letto e dotati di un complesso di almeno sedici divisioni a direzione apicale alla data del 2 febbraio 1989, nonché gli ospedali clinicizzati. Gli altri ospedali pubblici svolgono funzioni di presidi delle aziende unità sanitarie locali, anch'essi con obbligo di prevedere il direttore sanitario, sono dotati di autonomia funzionale con propria contabilità all'interno del bilancio dell'azienda unitaria locale e gestiscono gli appositi finanziamenti ad essi destinati. Le regioni e le province autonome possono individuare con propria legge eventuali altri ospedali che, per condizioni particolari, sono costituiti in azienda ospedaliera autonoma.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico sono riordinati come aziende di servizio a carattere nazionale, dotate di personalità giuridica con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile, con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, tenendo presente, in quanto applicabili, i principi generali di cui all'articolo 2, comma 2.

3. La legge regionale o provinciale può prevedere, in via sperimentale, la cessione in comodato di stabilimenti ospedalieri pubblici a società di gestione a prevalente capitale pubblico, sulla base di convenzioni conformi ad uno schema-tipo predisposto con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, le quali prevedono la tariffazione di tutte le prestazioni fornite. Il numero, la tipologia e la localizzazione sono stabilite dal Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

4. Qualora la regione non provveda all'approvazione della legge di cui al comma 1 nel termine ivi previsto, o alla nomina dei consigli di amministrazione delle aziende ospedaliere entro i successivi sei mesi, provvede lo Stato in via sostitutiva, sentita la regione.

5. Il Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro, dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, può autorizzare l'istituzione di camere a pagamento nelle cliniche universitarie e fissare le relative modalità di contabilità, sulla base della normativa vigente.

6. Le modalità per l'istituzione di camere a pagamento e per l'esercizio della libera professione all'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali, all'uopo riservando una quota non superiore al 10 per cento dei posti letto e spazi adeguati nei poliambulatori, sono stabilite dalle regioni e dalle province autonome, con proprio regolamento, entro il termine perentorio di quattro mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Qualora la

regioni e le province autonome non provvedano nei termini stabiliti, si applica la disposizione dell'articolo 6, comma 2, della legge 25 ottobre 1985, n. 595.

7. La legge regionale o provinciale stabilisce che presso ciascuna azienda ospedaliera e presso ciascun presidio ospedaliero dell'unità sanitaria locale è istituito, dai rispettivi consigli di amministrazione, il consiglio dei sanitari, composto da nove a quindici tra medici e altri laureati del ruolo sanitario, di cui il 30 per cento di livello apicale. Il consiglio dei sanitari, eletto sulla base di liste concorrenti con il sistema proporzionale, deve essere sentito sulle questioni sanitarie di maggior rilievo organizzativo.

8. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Governo emana norme relative alla costituzione, ai compiti ed al funzionamento delle federazioni regionali, e, ove necessario, all'elettorato attivo e passivo, delle professioni operanti nel Servizio sanitario nazionale.

#### ARTICOLO 4.

*(Personale sanitario e tecnico).*

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare entro il 30 settembre di ogni anno, adottato su proposta del Ministro della sanità, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, si provvede a determinare il contingente del personale sanitario e tecnico degli ospedali per il quale sono previste attività formative. Per il restante personale si applicano le disposizioni vigenti in materia di pubblico impiego.

#### ARTICOLO 5.

*(Convenzioni con laboratori e con case di cura private).*

1. Le regioni, le province autonome e le unità sanitarie locali non possono stipulare convenzioni con laboratori e case di cura private in numero superiore a quelle esistenti nell'ambito regionale o provinciale alla data di entrata in vigore del presente decreto.

#### ARTICOLO 6.

*(Misure in materia di assistenza specialistica, ospedaliera e farmaceutica).*

1. Sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, sulle visite specialistiche e sulle altre prestazioni specialistiche, erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale in regime ambulatoriale presso strutture a gestione diretta o convenzionate, è dovuta una partecipazione alla spesa da parte degli assistiti nelle seguenti misure:

a) per le visite specialistiche: L. 15.000 per ogni visita;

b) per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, con esclusione del prelievo, e per le altre prestazioni diverse da quelle di cui alla lettera a): 30 per cento delle tariffe di cui al comma 2, con arrotondamento alle cento lire superiori e con un limite minimo di L. 1.000 e massimo di L. 30.000 per ogni branca specialistica e di L. 60.000 per più branche specialistiche contemporanee.

2. Le branche specialistiche e le relative prestazioni, con determinazione delle tariffe e della partecipazione alla spesa, in conformità ai criteri fissati al comma 1, lettera b), sono quelle determinate nel decreto del Ministro della sanità in data 28 aprile 1989, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 29 aprile 1989.

3. Le richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su prescrizioni distinte. Ogni prescrizione può contenere fino ad un massimo di dodici prestazioni della medesima branca.

4. Sulle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale sia in regime di ricovero ospedaliero, anche a ciclo diurno, escluse comunque quelle effettuate nei servizi di pronto soccorso, sia presso strutture a gestione diretta o convenzionate, con esclusione delle istituzioni convenzionate ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è dovuta una quota di partecipazione, alla spesa nella misura di L. 10.000 per ogni giornata di effettiva degenza, esclusa quella di dimissione, con il limite massimo di dieci giorni per ciclo di ricovero e con un limite massimo di L. 200.000 nell'anno solare in caso di pluralità di ricoveri.

5. Il pagamento delle quote di partecipazione di cui ai commi 1 e 4 è effettuato direttamente presso la struttura che eroga le prestazioni, secondo le modalità di versamento dalla medesima stabilite. Per le prestazioni ospedaliere presso le strutture a gestione diretta il pagamento può essere effettuato, secondo quanto stabilito con provvedimento della regione o della provincia autonoma, al momento della dimissione dal ricovero o successivamente. Per le strutture a gestione diretta i competenti organi dell'unità sanitaria locale dispongono l'assegnazione del personale necessario, anche in deroga alle norme vigenti sulla mobilità del personale.

6. La quota di partecipazione alla spesa farmaceutica di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 30 novembre 1988, n. 514, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 gennaio 1989, n. 23, è determinata nella misura del 30 per cento. La quota fissa per ricetta è elevata a L. 3.000. Il limite massimo di partecipazione per ogni ricetta farmaceutica è determinato in L. 20.000. Il termine del 30 giugno 1990 di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 1° febbraio 1989, n. 37, è anticipato al 31 dicembre 1989.

7. La quota di partecipazione alla spesa per le cure termali è determinata nella misura del 30 per cento delle tariffe convenzionate, con arrotondamento alle 500 lire superiori, con il limite di L. 30.000 per ciclo di cura. Con il decreto ministeriale di cui al comma 2 sono indicate le tariffe e le relative quote di partecipazione alla spesa. Per i lavoratori dipendenti che effettuano le cure termali al di fuori del periodo di ferie o di congedo ordinario la prestazione deve

iniziare entro trenta giorni dalla richiesta del medico curante. Le prestazioni termali di natura preventiva erogate dall'INPS non danno titolo all'indennità economica di malattia.

#### ARTICOLO 7.

*(Esenzioni dalla partecipazione alla spesa).*

1. Sono esentati dal pagamento di tutte le quote di partecipazione alla spesa sanitaria:

a) i cittadini cui sia riconosciuto dai comuni di residenza la condizione di indigenza di cui all'articolo 32, primo comma, della Costituzione;

b) i titolari di pensione di vecchiaia con reddito imponibile lordo fino a lire sedici milioni, incrementato fino a lire ventidue milioni di reddito complessivo lordo in presenza del coniuge a carico ed in ragione di un ulteriore milione per ogni figlio a carico; non concorre alla determinazione del reddito l'unità immobiliare di proprietà, adibita dal pensionato ad abitazione propria o posseduta come residenza secondaria o comunque a disposizione, se costituente l'unica unità immobiliare posseduta;

c) i titolari di pensione sociale;

d) i familiari a carico dei soggetti indicati nelle lettere a), b) e c).

2. È abrogata ogni altra esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, con esclusione delle esenzioni riferite a forme morbose determinate, ai protocolli per la tutela della maternità, alle categorie di invalidi ed assimilati di cui alla normativa vigente, ai donatori di organi e di sangue in connessione con gli atti di donazione.

3. Le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, nonché le modalità di accertamento dei requisiti soggettivi ivi indicati, sono quelle determinate con decreto del Ministro dell'interno 20 maggio 1989, n. 179, adottato di concerto con i Ministri della sanità e delle finanze. I comuni interessati possono avvalersi, ai fini dei necessari controlli, dell'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza. Con decreto del Ministro delle finanze sono stabiliti tempi e modi per l'effettuazione di accertamenti fiscali nei confronti dei soggetti di cui al comma 1 che abbiano ottenuto l'esenzione. Chiunque, con qualsiasi mezzo, ottiene indebitamente l'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria è punito ai sensi dell'articolo 640, secondo comma, n. 1, del codice penale.

4. Fino alla data del 29 maggio 1989 le esenzioni previste per le prestazioni farmaceutiche si intendono estese ad ogni altra forma di partecipazione alla spesa sanitaria.

## ARTICOLO 8.

(Sostituzione).

1. Le disposizioni degli articoli 6 e 7 del presente decreto sostituiscono quelle degli articoli 1 e 2 del decreto-legge 27 aprile 1989, n. 152.

## ARTICOLO 9.

(Entrata in vigore).

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, addì 29 maggio 1989.

## COSSIGA

DE MITA — DONAT-CATTIN — GAVA —  
COLOMBO — AMATO — RUBERTI —  
CIRINO POMICINO — MACCANICO.

Visto, *il Guardasigilli*: VASSALLI.