

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**  
**Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23**  
**ottobre 1992, n. 421.**

**Titolo I ordinamento**

**Art. 1. Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza**

1. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale. Il piano sanitario nazionale è predisposto dal governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto.

Il governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome. Ove l'intesa con la conferenza non intervenga entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il governo provvede direttamente.

2. Il piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. Il piano sanitario nazionale indica:

**A)** le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;

**B)** i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;

**C)** i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante la integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi;

**D)** le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;

**E)** gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale.

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. La relazione sullo stato sanitario del paese espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal piano sanitario nazionale e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione.

**Art. 2. Programmazione sanitaria e indirizzi delle regioni**

Le linee dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, rientrano nella competenza delle regioni.

**Art. 3. Organizzazione delle unità sanitarie locali**

1. L'unità sanitaria locale è azienda e si configura come ente strumentale della regione, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

**2.** L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

**3.** L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con contabilità separata. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

**4.** Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

**5.** Le regioni disciplinano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro, sentite le province interessate:

**A)** la riduzione delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione può prevedere ambiti territoriali di estensione diversa;

**B)** l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;

**C)** i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;

**D)** il finanziamento delle unità sanitarie locali;

**E)** le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;

**F)** è fatto divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

**1)** l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

**2)** la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di fondo sanitario regionale di parte corrente di competenza.

**6.** Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale.

Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana, dal presidente della giunta regionale, su conforme delibera della giunta medesima, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale. Scaduto tale termine, qualora il presidente della giunta regionale non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata dal ministro della sanità con proprio decreto.

L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale.

Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del presidente del consiglio dei ministri, su proposta dei ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali.

Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di

leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, il presidente della giunta della regione, su conforme delibera della giunta, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il consiglio dei ministri su proposta del ministro della sanità.

**7.** Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono assunti con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato.

Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo.

Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

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

**9.** Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale, con le unità sanitarie locali o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con le stesse. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi e ai direttori sanitari.

**10.** Il ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del presidente del consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, e composta da un magistrato del consiglio di stato con funzioni di

presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della direzione generale del ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal presidente del consiglio dei ministri, uno dal Cnel, uno dal ministro della sanità e due dal presidente della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale.

La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione.

**11.** Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

- 1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
- 2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- 3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

**12.** Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnicosanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro dieci giorni dalla richiesta. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

**13.** Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della ragioneria generale dello stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal ministro del tesoro scelto tra i funzionari della ragioneria generale dello stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai

revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, il ministro della sanità, su segnalazione del commissario del governo, provvede a costituirlo in via straordinaria con due funzionari designati dal ministro del tesoro e un funzionario designato dal predetto commissario del governo. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

**14.** Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio di previsione ed il conto consuntivo e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di sette componenti nominati dalla stessa conferenza. Dette funzioni non sono delegabili.

#### **Art. 4. Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri**

**1.** Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il ministro della sanità, sulla base delle indicazioni pervenute dalle regioni e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera.

Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. Le regioni costituiscono altresì in aziende ospedaliere con le medesime caratteristiche di autonomia, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali, dopo la prima attuazione del presente decreto. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'articolo 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento, ferma restando la composizione prevista dall'articolo 3, comma 12. La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

**2.** Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

**A)** presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, sentito il consiglio superiore di sanità e la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica,

ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

**B)** organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

**3.** Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1992, nonché i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico, delle facoltà di medicina e chirurgia, e, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università.

**4.** Possono essere costituiti in azienda gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'articolo 9 del decreto del presidente della repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella gazzetta ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di eliporto.

**5.** I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

**6.** I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

**7.** Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le modalità di finanziamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:

a) prevedere l'attribuzione da parte della regione di una quota del fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non inferiore al 30% e non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;

b) prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla regione all'atto della costituzione in azienda tenuto conto del costo delle prestazioni medesime e della quota già finanziata di cui alla lettera a) nonché dei criteri fissati ai sensi dell'articolo 8, comma 6;

c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

**8.** Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della giunta regionale e la revoca dell'autonomia aziendale.

**9.** Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpate ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, su delega del direttore sanitario dell'unità sanitaria locale, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni gestionali e di

coordinamento amministrativo, su delega rispettivamente del direttore generale e del direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale.

A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

**10.** Le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti.

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 6% e non superiore al 12% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di assoluta impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante convenzioni con case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovate. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e al decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del presidente della repubblica 27 marzo 1969, n. 129 in contrasto con le norme del presente decreto.

**11.** I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

**12.** Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova, l'ordine mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. I regolamenti del personale dei predetti presidi sono adeguati ai principi del presente decreto e a quelli dei cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del ministro della sanità.

**13.** I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla santa sede, le strutture del sovrano militare ordine di malta ed il servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la santa sede, il sovrano militare ordine di malta ed il governo italiano.

#### **Art. 5. Patrimonio e contabilità**

**1.** Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali i beni di cui all'articolo 65, primo comma - come sostituito dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con modificazioni dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 - della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

**2.** I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con decreto del presidente della giunta regionale. Tale decreto costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

**3.** Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

**4.** Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nel rispetto dei seguenti principi:

**A)** prevedere l'adozione di un documento di piano che contenga le scelte e gli obiettivi che si intendono perseguire;

**B)** prevedere l'adozione del bilancio pluriennale di previsione che comprenda, per ogni esercizio di riferimento, la previsione dei costi e dei ricavi di gestione. Il bilancio pluriennale evidenzia altresì gli investimenti previsti indicando anche le modalità di copertura e i riflessi previsti sui costi e ricavi di esercizio;

**C)** prevedere l'adozione, entro il 15 ottobre di ciascun esercizio, coincidente con l'anno solare, di un bilancio preventivo economico annuale in pareggio, relativo all'esercizio successivo, secondo i livelli uniformi di assistenza sanitaria; il bilancio economico preventivo deve essere altresì riclassificato coerentemente con i principi di contabilità pubblica al fine di rappresentare le previsioni di competenza e di cassa delle entrate e delle spese;

**D)** prevedere la destinazione dell'eventuale utile e le modalità di copertura delle eventuali perdite di esercizio;

**E)** prevedere che il finanziamento delle spese relativamente agli investimenti sia assicurato con:

le quote assegnate sul fondo sanitario nazionale in conto capitale;

i fondi all'uopo accantonati;

l'utilizzazione di altre fonti di autofinanziamento;

i contributi in conto capitale dello stato, delle regioni e di altri enti pubblici;

ricorso a mutui e ad altre forme di credito con le modalità di cui all'articolo 3, comma 5, lettera f), punto 2;

**F)** prevedere l'adozione della contabilità analitica, avente la finalità di supportare le attività di controllo di gestione, con separata rilevazione delle attività degli eventuali presidi ospedalieri;

**G)** prevedere la tenuta delle seguenti scritture obbligatorie:

il libro giornale;

il libro degli inventari;

il libro delle deliberazioni;

il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori dei conti;

**H)** prevedere la trasmissione alla regione ed ai ministeri competenti di un rendiconto trimestrale, sottoscritto dal direttore generale e dal direttore amministrativo, di riclassificazione finanziaria, redatto secondo le modalità previste dalle vigenti normative e dal quale risultino:

le previsioni delle entrate e delle spese di competenza;

i crediti e i debiti di bilancio distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;

le riscossioni, i pagamenti ed il fondo di cassa distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;

**I)** prevedere, a partire dal 1 gennaio 1994, l'attivazione del nuovo sistema di rilevazione contabile previo esperimento per un periodo di un anno in cui esso viene affiancato alla vigente contabilità finanziaria.

**5.** Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto è predisposto, tenuto conto dell'esigenza di consolidamento dei conti pubblici e dell'informatizzazione da finalizzare anche agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ed integrazioni, apposito schema, con decreto interministeriale emanato d'intesa fra i ministri del tesoro e della sanità. Per l'evidenziazione delle spese del personale si provvede secondo le disposizioni emanate ai sensi dell'articolo 2, lettera h) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.



## **Art. 6. Rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università**

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

**2.** Per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale, le università, le regioni, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione.

Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 257/91, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257.

**3.** A norma dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliere. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il ministro della sanità. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private accreditate e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente. I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

**4.** In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono stipulati dal ministro della sanità e dal ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le istituzioni interessate di cui al comma 1. I predetti ministri forniscono congiuntamente gli indirizzi per la corretta applicazione degli accordi.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali.

#### **Art. 7. Presidi multizonali di prevenzione**

1. La legge regionale attribuisce la gestione dei presidi multizonali di prevenzione ad un apposito organismo per la prevenzione, unico per tutto il territorio regionale, costituito secondo i principi di cui all'articolo 3, comma 1, e nei termini di cui al comma 5 dello stesso articolo. Per le specifiche funzioni allo stesso attribuite il direttore sanitario dell'organismo, in deroga a quanto previsto all'articolo 3, è denominato direttore tecnico sanitario ed è un laureato appartenente al ruolo sanitario o professionale. Il consiglio dei sanitari assume la denominazione di consiglio dei sanitari e dei tecnici ed è costituito da laureati del ruolo sanitario e professionale, nonché da una rappresentanza del restante personale tecnico.

2. Al fine di assicurare indirizzi omogenei ai controlli ed alla prevenzione nonché di pervenire ad una idonea strumentazione e dotazione tecnica su tutto il territorio regionale, le regioni riorganizzano gli attuali presidi multizonali di prevenzione secondo i seguenti principi e criteri:

**A)**definire l'ambito territoriale dei presidi multizonali di prevenzione, di norma su base provinciale;

**B)**riorganizzare i presidi multizonali di prevenzione su base dipartimentale articolandoli in almeno due sezioni, delle quali una per la prevenzione ambientale, che svolgono, in ragione delle specifiche competenze, anche funzione di consulenza e di supporto del ministero della sanità e del ministero dell'ambiente;

**C)**attribuire ai dipartimenti di cui alla lettera b), secondo il criterio di ripartizione in sezioni, le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali di cui alla lettera e), nonché di consulenza e supporto a comuni, province e altre amministrazioni pubbliche;

**D)**prevedere che i dipartimenti di cui alla lettera b) svolgano attività di analisi sulla base dei programmi regionali ovvero a richiesta dei soggetti di cui alle lettere b) e c) nonché su richiesta delle unità sanitarie locali;

**E)**riorganizzare gli attuali servizi delle unità sanitarie locali che svolgono le funzioni previste dagli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge n. 833/78, fatte salve le competenze attribuite dalla legge ad altre autorità, in un apposito dipartimento per la prevenzione;

**F)**articolare il dipartimento di cui alla lettera e) almeno nei seguenti servizi:

1)prevenzione ambientale;

2)igiene degli alimenti;

3)prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

4)igiene e sanità pubblica;

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

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

4. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate congiuntamente dal ministero della sanità e dal ministero dell'ambiente che si avvalgono, per gli aspetti di competenza, dell'istituto superiore di sanità, dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti di ricerca del Cnr e dell'Enea, e degli istituti zooprofilattici sperimentali.

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

### **Titolo II prestazioni**

#### **Art. 8. Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali**

1. Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi

nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

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

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

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

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

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

**F)** definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;

**G)** disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che nell'arco di un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto l'accesso medesimo sia consentito a tutti i medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici incaricati di guardia medica e per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del presidente della repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, che siano in servizio alla data del 31 dicembre 1992;

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

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

**A)** le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica di cui al prontuario terapeutico nazionale per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico chirurgici e altri prodotti sanitari nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

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

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

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

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, sentito il consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. Con il medesimo provvedimento sono fissati i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati ed i criteri per l'aggiornamento dei suddetti requisiti minimi, nonché per la classificazione dei presidi e delle strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e per le attività obbligatorie in materia di controllo della qualità delle prestazioni. La disciplina di cui al presente comma si applica anche alle corrispondenti strutture pubbliche.

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

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del ministro della sanità, sentita la federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta. Ove l'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il ministro della sanità provvede direttamente.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, entro il 31 dicembre 1993, le regioni e le unità sanitarie locali adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Agli eventuali oneri derivanti dalla cessazione dei rapporti convenzionali vigenti si fa fronte in via prioritaria con appositi accantonamenti di quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente a decorrere dal 1994.

#### **Art. 9. Forme differenziate di assistenza**

1. Al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni, fermi restando i livelli uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 e la libera scelta del cittadino, le regioni possono prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, in via graduale e sperimentale a partire dal 1 gennaio 1995, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni, nonché le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e ne regolamentano l'attuazione fissando gli ambiti rimessi all'unità sanitaria locale. La conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

2. Con decreto del ministro della sanità, di concerto con i ministri del tesoro e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, sono determinate, per ciascun triennio di validità del piano sanitario nazionale, le

quote di risorse destinabili per la gestione delle forme di assistenza differenziate di cui al comma 1 tenendo conto dei principi di solidarietà propri del servizio sanitario nazionale, e avendo riguardo all'obiettivo di garantire risultati di economicità. Con il medesimo decreto sono fissati i requisiti dei soggetti di cui al comma 3, lettera b) e i criteri per il trasferimento delle quote, avendo riguardo all'esigenza di costituzione di un fondo di garanzia in favore dei soggetti aderenti alle forme differenziate alimentato esclusivamente mediante prelievi dalle quote di risorse come sopra determinate.

**3.** Le forme differenziate di assistenza possono consistere:

**A)** nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;

**B)** nell'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione.

**4.** Le sperimentazioni gestionali di cui al comma 1 sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere o servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

#### **Art. 10. Controllo di qualità**

**1.** Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il servizio sanitario nazionale.

**2.** Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alle prescrizioni relative alle attività di controllo della qualità delle prestazioni, e svolgono interventi programmati di valutazione della qualità dell'assistenza. Il ministro della sanità, nell'esercizio del potere di alta vigilanza, interviene avvalendosi dei propri uffici, dei nuclei antisofisticazioni, dell'arma dei carabinieri nonché del personale di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 1 febbraio 1989, n. 37.

**3.** Con decreto del ministro della sanità, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome e sentite la federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

**4.** Il ministro della sanità accerta, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica e delle commissioni professionali di verifica ed acquisisce il parere della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il ministro provvede direttamente.

### **Titolo III finanziamento**

#### **Art. 11. Versamento contributi assistenziali**

**1.** I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'Ii.n.p.s. i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.

**2.** In sede di prima applicazione, nel primo trimestre 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.

**3.** I datori di lavoro agricoli versano allo scau, con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze

previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo stato riversa all'I.n.p.s. i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle casse marittime che provvedono a riversarli all'I.n.p.s. entro quindici giorni dalla riscossione.

**4.** Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale alle stesse scadenze previste per i soggetti di cui al precedente comma 1.

**5.** I contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n. 413.

**6.** I contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

**7.** Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1 gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi tre mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di aprile 1993.

**8.** Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6 provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.

**9.** I contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1 gennaio di ciascun anno dall'iscritto al servizio sanitario nazionale.

**10.** Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la tesoreria centrale dello stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.n.p.s. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accredito dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento all'intero primo trimestre 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.n.p.s. provvede, entro il 30 giugno 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nel primo trimestre 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del fondo sanitario nazionale. Con decreto del ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.

**11.** I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione il rendiconto del primo trimestre 1993 è inviato alle regioni con il rendiconto del secondo trimestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al parlamento del rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.

**12.** Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, e l'articolo 17 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1949, e l'articolo 2 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1954.

**13.** Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1 gennaio 1993.

**14.** Per l'anno 1993 il ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.

**15.** Per l'anno 1993 il Cipe su proposta del ministro della sanità, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome nelle more di attuazione dei decreti di cui al comma precedente delibera l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale attribuiti a ciascuna delle regioni. Entro il mese di febbraio 1994 il cipe con le predette modalità provvede all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del fondo sanitario nazionale, parte corrente 1993, ad esse effettivamente spettanti. Il ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del fondo sanitario nazionale, parte corrente erogata per l'anno 1994.

**16.** In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n. 8, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi sette mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.

#### **Art. 12. Fondo sanitario nazionale**

**1.** Il fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

**2.** Una quota pari all'1% del fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del ministero del tesoro e del ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

1) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:

a) istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;

b) istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

c) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;

d) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

e) centri di ricerca per l'erogazione di attività sanitarie di alta specialità di eccellenza a rilievo nazionale ed internazionale;

2) iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie.

**3.** Il fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni 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; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi:

**A)** popolazione residente;

**B)** mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;

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

**4.** Il fondo sanitario nazionale assicura altresì quote di finanziamento destinate a:

**A)** riequilibrio a favore delle regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento, da attuarsi nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto;

**B)** riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

**5.** Le quote del fondo sanitario nazionale 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. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie.

Per le regioni a statuto speciale e le provincie autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

#### **Art. 13. Autofinanziamento regionale**

**1.** Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello stato.

**2.** Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

**3.** Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

### **Titolo IV partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini**

#### **Art. 14. Diritti dei cittadini**

**1.** Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del servizio sanitario nazionale il ministro della sanità definisce con proprio decreto, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome, un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il ministro della sanità, d'intesa con il ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il ministro degli affari sociali, si avvale della collaborazione delle università, del consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

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

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

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

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per



verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

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

**6.** Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 30 giugno 1993.

**7.** È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative, senza oneri a carico del fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

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

#### **Titolo V personale**

#### **Art. 15. Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario**

**1.** La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

**2.** Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza.

**3.** Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina.

Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella gazzetta ufficiale della repubblica italiana, dal direttore generale in base alla graduatoria di una apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti, di cui uno designato dalla regione tra i professori

universitari ordinari della disciplina, ed uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello della disciplina dipendenti dal servizio sanitario nazionale; in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione forma la graduatoria previo colloquio e valutazione del curriculum professionale degli interessati. Contestualmente alla nomina viene attribuito l'incarico che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite.

La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato dal consiglio dei sanitari e l'altro dal corrispondente ordine professionale, entrambi esterni all'unità sanitaria locale.

Il dirigente non confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico;

contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del primo livello dirigenziale.

**4.** Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui al comma precedente.

**5.** Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.

#### **Art. 16. Formazione**

**1.** La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

#### **Art. 17. Regolamentazione esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione**

**1.** L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che siano in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione.

**2.** L'esame per il conseguimento della idoneità nazionale è diretto ad accertare le capacità professionali, organizzative e di direzione del candidato e consiste nella effettuazione di prove teorico-pratiche nella specifica disciplina.

**3.** Le prove consistono in test di domande a risposte multiple e soluzione di casi pratici simulati nelle materie attinenti le specifiche professionalità assegnati a ciascun candidato in via casuale. Le prove sono effettuate con l'utilizzazione diretta da parte dei candidati di appositi strumenti informatici che, in relazione alle risposte e alle soluzioni date, indichino contestualmente l'esito della prova ed il relativo punteggio.

**4.** I criteri generali per la predisposizione e la valutazione dei test teorici e dei casi pratici simulati, che devono consentire la verifica, oltre che della professionalità posseduta anche delle capacità organizzative e di direzione, sono stabiliti da una apposita commissione costituita presso il ministero della sanità e presieduta dal presidente del consiglio superiore di sanità o da un presidente di sezione del predetto consiglio da lui delegato. I test teorici e i casi pratici simulati nelle materie d'esame sono predisposti da apposite commissioni costituite presso il ministero della sanità con esperti di comprovata professionalità.

**5.** Le idoneità nelle specifiche discipline per ciascuna categoria professionale, le procedure, le modalità di espletamento degli esami ed i requisiti di ammissione dei candidati, ivi compreso il curriculum professionale, sono fissati con decreto del ministro della sanità, sentito il consiglio superiore di sanità. Possono essere previste idoneità con accesso riservato a più categorie professionali.

**6.** Il ministero della sanità, con unito bando nazionale da pubblicarsi nella gazzetta ufficiale, indice ogni due anni gli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione per singole discipline. L'elenco dei candidati che hanno superato l'esame è pubblicato nella

gazzetta ufficiale. Il ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco degli idonei, che è pubblicato annualmente nella gazzetta ufficiale.

**7.** Fino a quando non sarà attivato il sistema di svolgimento degli esami in forma automatizzata, le modalità di espletamento sono stabilite con il decreto di cui al comma 5.

**8.** Il possesso dell'idoneità nazionale conseguito secondo la normativa vigente in materia alla data di entrata in vigore del presente decreto costituisce titolo per l'esonero parziale dallo svolgimento dei test teorici negli esami di cui al comma 2, secondo criteri fissati a norma del comma 5. A tal fine sono previsti bandi nazionali riservati.

**9.** Al personale in servizio presso le strutture e i presidi delle unità sanitarie locali, che sia titolare alla data di entrata in vigore del presente decreto di un posto di ruolo di posizione funzionale apicale può essere conferito in altra unità sanitaria locale o azienda ospedaliera un incarico di direzione corrispondente al posto di cui è titolare a prescindere dal possesso del requisito dell'idoneità prevista dal presente articolo.

**10.** L'articolo 20 del decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, è abrogato; gli esami di idoneità già banditi e non ancora espletati alla data di entrata in vigore del presente decreto sono revocati.

**11.** Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al precedente comma 6, le idoneità conseguite secondo la vigente normativa sono valide ai fini dell'accesso al secondo livello dirigenziale.

## **Titolo VI norme finali e transitorie**

### **Art. 18. Norme finali e transitorie**

**1.** Il governo, con atto regolamentare, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme emanate in applicazione dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, in quanto applicabili, prevedendo:

i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;

i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;

le prove di esame;

la composizione delle commissioni esaminatrici;

le procedure concorsuali;

le modalità di nomina dei vincitori;

le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

**2.** Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo di cui all'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207. Per un quinquennio a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto nei concorsi pubblici per l'accesso alla posizione funzionale già corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario il 40 per cento dei posti che si renderanno vacanti sono riservati al personale di ruolo della disciplina nella posizione funzionale corrispondente al nono livello in servizio presso la unità sanitaria locale o l'azienda ospedaliera che bandisce il concorso. Ai predetti concorsi i medici specialisti ambulatoriali di cui al decreto del presidente della repubblica 28 settembre 1990, n. 316, possono partecipare in deroga al requisito dell'età. Il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente al decimo livello è inquadrato, in prima applicazione, nel primo livello dirigenziale; il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello è collocato nel secondo livello dirigenziale. Il personale di ruolo che resta in servizio con la qualifica di assistente medico è rappresentato, ai fini della contrattazione, nell'area dirigenziale medica.

**3.** A decorrere dal 1 gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi su autorizzazione della regione per esigenze di carattere straordinario. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n. 207.

**4.** Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle

vigenti disposizioni in materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da hiv. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da hiv e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche delle aree tecnico-scientifica e sociosanitaria.

**5.** Per quanto non previsto dal presente decreto le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere si adeguano ai principi stabiliti dal decreto legislativo emanato ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

**6.** Il ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

**7.** Restano salve le norme previste dai decreti del presidente della repubblica 31 luglio 1980, n. 616, n. 618, e n. 620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro del tesoro, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome. A decorrere dal 1 giugno 1994 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai regolamenti della comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I rapporti finanziari di cui al presente comma sono definiti in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale.