

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

N. 3299-A

RELAZIONE DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE (IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE PAPINI)

Comunicata alla Presidenza il 29 luglio 1998

SUL

DISEGNO DI LEGGE

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

presentato dal Ministro della sanità

di concerto col Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica

e col Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali

(V. Stampato Camera n. 4230)

approvato dalla Camera dei deputati il 26 maggio 1998

*Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 27 maggio 1998*

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Pareri:		
della 1 ^a Commissione permanente	»	7
della 2 ^a Commissione permanente	»	8
della 5 ^a Commissione permanente	»	11
Testo approvato dalla Camera dei deputati e testo proposto dalla Commissione	»	13

ONOREVOLI SENATORI. - Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha profondamente modificato, come è noto, l'ordinamento del Servizio sanitario nazionale come stabilito dalla legge n. 833 del 1978, che lo istituiva innovando radicalmente il precedente sistema fondato sulla mutualità.

La riforma del 1992, completata con il decreto legislativo n. 517 del 1993, ha mirato a superare gli elementi di centralismo, di difficoltà dei momenti decisionali e di sovrapposizione tra decisioni politiche e responsabilità amministrative presenti nell'organizzazione del sistema sanitario configurata dalla riforma del 1978, e nei quali si riscontrava la causa principale della scarsa efficacia nell'erogazione delle prestazioni e dell'inefficienza dell'uso delle risorse, in favore di un modello fondato sulla valorizzazione delle regioni, per quanto riguarda le scelte di politica sanitaria, e sulla responsabilità diretta degli amministratori, tramite l'aziendalizzazione degli enti erogatori dei servizi, per quanto riguarda la gestione del sistema.

Se l'adozione, nella legge n. 833 del 1978, di un modello amministrativo eccessivamente burocratico era stata individuata come causa dell'inefficienza del sistema, la permanenza di un modello operativo eccessivamente sbilanciato sull'intervento terapeutico - e in particolare sul ruolo centrale della struttura ospedaliera - è ritenuta la causa dell'evidente squilibrio nel perseguimento degli obiettivi indicati dalla stessa legge n. 833, e cioè la promozione della prevenzione delle malattie, della loro cura e della riabilitazione fisica e psico-sociale dei cittadini colpiti da malattia; è noto infatti che la riabilitazione e soprattutto la prevenzione sono state gravemente trascurate dal

sistema sanitario nazionale rispetto ad altre forme di intervento.

In sede di attuazione, però, anche il decreto legislativo n. 502 del 1992, nonostante le modifiche migliorative introdotte con il decreto legislativo n. 517 del 1993, ha mostrato i suoi limiti, identificabili nell'impostazione eccessivamente economicistica, che è risultata ancor più evidente in concomitanza con le politiche di contenimento della spesa pubblica che i Governi succedutisi dal 1992 hanno dovuto adottare; a ciò faceva riscontro il fatto che l'ammontare del Fondo sanitario nazionale veniva determinato in sede di legge finanziaria, e all'interno di questo tetto dovevano muoversi gli interventi di legislazione sanitaria.

Negli ultimi due anni, però, tale impostazione è stata radicalmente modificata: l'ammontare del Fondo sanitario nazionale, quantificato non più nella legge finanziaria ma nel bilancio dello Stato, in relazione agli obiettivi di salute e ai livelli di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale, è venuto a configurarsi non più come il centro del sistema, ma semplicemente come un vincolo del quale tenere conto in sede di definizione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

Il disegno di legge di delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale intende completare la realizzazione di questo nuovo modello per la politica sanitaria e favorire l'uso ottimale delle risorse disponibili, così da perseguire in maniera più efficace ed efficiente la promozione della salute.

La chiave di lettura unificante del testo che è stato esaminato dalla Commissione sanità - e che anche per effetto delle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati reca trentasei principi e criteri direttivi -

deve essere individuata nel completamento del processo per cui il Servizio sanitario nazionale si configura sempre di più come un sistema che programma la propria attività per obiettivi, individuando, nell'ambito di un sistema aziendalistico, i soggetti responsabili ai vari livelli dell'attuazione degli obiettivi stessi.

In questo senso occorre valutare con estremo favore il fatto che negli ultimi anni il «pareggio di bilancio» della spesa sanitaria sia stato visto come un semplice vincolo alla programmazione della spesa stessa e non come il suo obiettivo, dal momento che la finalità di tale programmazione viene individuata nel perseguimento di quegli obiettivi di salute e livelli uniformi di assistenza che sono identificati dal Piano sanitario nazionale.

Questa metodologia per obiettivi è poi qualificata dal fatto che il loro destinatario è il cittadino utente, e che l'effettività del raggiungimento degli obiettivi stessi prevede l'introduzione nel sistema di strumenti sempre più efficaci per la verifica e la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni.

Nel corso del dibattito la Commissione ha svolto una approfondita riflessione su una segnalazione pervenuta al Parlamento da parte dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, che rilevava la presenza di elementi distorsivi della concorrenza nelle norme attuative del decreto legislativo n. 502 del 1992 e delle successive modificazioni e faceva presente come tali fattori distorsivi venissero confermati dal disegno di legge delega in esame, peraltro prescindendo da una valutazione della particolare natura del rapporto tra domanda e offerta in un sistema sanitario universalistico e solidaristico, dove le prestazioni sono per larga parte pagate direttamente dal servizio sanitario nazionale e non privatamente dai singoli utenti.

Peraltro è lo stesso garante a riconoscere che, nell'attuazione della riforma del 1992 «sembra emergere... una inconciliabile alternativa tra i due principi fondamentali della stessa: il rispetto del vincolo della

spesa e la libera scelta delle strutture erogatrici dei servizi da parte degli utenti finali», ed è proprio su tale questione che il disegno di legge-delega in esame interviene ricercando un punto di equilibrio, alla luce dell'obiettivo di garantire il diritto alla salute, tra libertà di scelta ed esigenze di programmazione.

In ogni caso va osservato che il provvedimento contribuisce per più versi a favorire un'applicazione più corretta dei criteri per l'accesso dei privati al mercato sanitario stabiliti dal decreto legislativo n. 502 del 1992, in particolare introducendo criteri per rendere effettiva la distinzione fra autorizzazione a svolgere prestazioni sanitarie e accreditamento ad erogare prestazioni poste a carico del Servizio sanitario nazionale.

Tra i principi e criteri direttivi di delega - previsti dal comma 1 dell'articolo 2 - che appaiono diretti a realizzare il perseguimento di obiettivi di salute, di garanzia e di coinvolgimento del cittadino-utente e di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, vanno sottolineati in particolare quelli di cui alla lettera *c*), che prescrive la collaborazione tra i soggetti pubblici interessati e quelli privati per il raggiungimento degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria, alla lettera *e*), che prescrive la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione e alla valutazione dei servizi - nonché, secondo la modifica adottata dalla Commissione su proposta dell'opposizione, la piena attuazione della Carta dei servizi - e alla lettera *h*) in materia di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni: controllo e verifica, che la Commissione propone siano realizzati secondo il principio di sussidiarietà tra i diversi livelli istituzionali e con l'impiego anche di indicatori di controllo sintetici e, per ciò stesso, agibili ed efficaci.

Ancora alle stesse finalità sono ispirati i principi direttivi di cui alle lettere *l*) e *t*) in materia di precisazione del ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sa-

nitaria e di partecipazione al governo della sanità; su questi punti la Commissione propone un testo che si distingue da quello approvato dalla Camera dei deputati perchè intende attribuire ai comuni, quali enti esponenziali delle collettività locali, una partecipazione alla valutazione dei risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere.

Un particolare interesse presentano poi la lettera v), che prescrive il coordinamento fra le finalità del Piano sanitario nazionale e la ricerca biomedica (compresa, secondo quanto precisato dal testo della Commissione su proposta dell'opposizione, quella privata) e la lettera aa), che prescrive l'attivazione dei distretti sanitari e l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione. Tale ultima disposizione prevede anche, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, incentivi economici collegati al perseguimento di obiettivi di salute; la Commissione, anche con il consenso dell'opposizione, ha invece ritenuto preferibile sopprimere la previsione dell'istituzione di un organismo di raccordo tra l'azienda unità sanitaria locale e i medici di famiglia, ritenendo più corretto ricondurre tale funzione al distretto.

Sempre nell'ambito della problematica della valorizzazione del ruolo del cittadino utente, vanno segnalate le lettere dd) ed ee), rispettivamente recanti la disciplina per l'attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza e il rafforzamento della partecipazione dei cittadini alla programmazione ed alla valutazione dell'attività delle aziende sanitarie.

L'altro elemento caratterizzante del disegno di legge delega va individuato, come si è detto, nel completamento del processo di responsabilizzazione degli operatori sanitari.

In primo luogo va segnalata la lettera o) che, nella versione approvata dalla Camera dei deputati, configurava un sistema estre-

mamente articolato e non sufficientemente chiaro di attribuzione di ambiti di responsabilità ai dirigenti di primo e secondo grado. La Commissione ha ritenuto preferibile adottare una definizione più lineare, che prevede l'estensione alla dirigenza sanitaria del regime di diritto privato del rapporto di lavoro, come già previsto per i direttori generali, nel quadro del modello dipartimentale.

Una questione dibattuta in Commissione è stata poi quella relativa alla lettera p), che prescrive la definizione di modalità per pervenire all'esclusività del rapporto di lavoro dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale. In particolare la discussione si è incentrata sulla possibilità di consentire al medico di prestare la sua opera all'esterno solo in nome e per conto dell'azienda. Un'altra disposizione riformulata dalla Commissione è quella di cui alla lettera r), che prevede la possibilità di stipulare contratti a tempo determinato di formazione e lavoro esclusivamente per progetti finalizzati; a tale lettera è stato presentato un emendamento, condiviso nel complesso anche dall'opposizione, che ha inteso escludere il rischio che la disposizione potesse essere utilizzata, grazie ad una interpretazione estensiva, per dare vita a forme di precariato.

Una particolare attenzione meritano altresì le disposizioni, relative agli interventi in materia di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, recate dalla lettera u). La Commissione ha infatti soppresso un'inopportuna disposizione che prevedeva che il Ministro della sanità determinasse un fabbisogno di personale per le strutture sanitarie, sulla base del quale il Ministro dell'università avrebbe dovuto programmare gli accessi ai corsi di laurea. La norma è stata altresì integrata, prevedendo con l'articolo 6 una nuova delega al Governo, diretta a ridefinire i rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale, anche attraverso la individuazione di nuovi modelli gestionali, allo scopo di assicurare, nel quadro della

programmazione sanitaria, lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca, e di garantire la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca.

Tra le modifiche che la Commissione ha ritenuto di apportare al testo pervenuto dalla Camera dei deputati rivestono particolare rilievo: quelle di cui alla lettera *cc*), in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi delle strutture sanitarie, in quanto la Commissione ha introdotto, nella consapevolezza della necessità di un grande sforzo di ammodernamento tecnologico e strutturale della rete ospedaliera italiana, il criterio della semplificazione delle procedure per gli interventi finanziati a norma dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, e per l'applicazione di sanzioni alle regioni incapaci di utilizzare tali risorse; alla lettera *ii*), relativa ai criteri di remunerazione dei soggetti erogatori delle prestazioni, che è stata divisa in due distinte disposizioni al fine di renderne più chiara e univoca l'interpretazione; alla ex lettera *nn*), ora *oo*), relativa alle disposizioni sull'età pen-

sionabile per la quale è stato ripristinato l'originario e più snello testo governativo, modificato dalla Camera dei deputati; e infine alla ex lettera *qq*), in materia di disciplina della sanità penitenziaria.

Accogliendo infatti i puntuali suggerimenti contenuti nel parere della 2^a Commissione permanente, la Commissione ha proposto di sopprimere tale lettera e di affrontare la questione della sanità penitenziaria in una autonoma delega, recata dall'articolo 5, nella quale da un lato si riconoscono le specificità di questo comparto - in particolare vanno ricordati i criteri di cui alle lettere *b*), inteso ad assicurare la tutela delle specifiche esigenze di sicurezza, e *c*), in particolare per quanto riguarda l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia - e dall'altra si prevedono la progressività dell'inserimento della sanità penitenziaria nel sistema sanitario nazionale ed un periodo di sperimentazione di diciotto mesi durante il quale Governo può adottare decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive.

PAPINI, *relatore*

PARERE DELLA 1^a COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO
E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

(Estensore: ANDREOLLI)

16 giugno 1998

La Commissione, esaminato il disegno di legge, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo.

PARERE DELLA 2^a COMMISSIONE PERMANENTE
(GIUSTIZIA)

(Estensore: SENESE)

sul disegno di legge e su emendamenti

14 luglio 1998

La Commissione, esaminato il disegno di legge per quanto di propria competenza, esprime parere favorevole con le seguenti condizioni.

La disciplina della medicina penitenziaria ed i rapporti della medesima con il Servizio sanitario nazionale investono una materia di estrema delicatezza nella quale vengono in rilievo esigenze costituzionali di diversa natura, tra le quali occorre trovare un non facile punto di equilibrio e raccordo.

Viene in primo luogo in rilievo l'esigenza di assicurare alle persone detenute o internate, la cui condizione è di particolare vulnerabilità dal punto di vista sanitario ed al tempo stesso è fonte di possibili simulazioni o strumentalizzazione di patologie, un'assistenza sanitaria pari, per qualità o prestazioni, a quella assicurata alla restante popolazione.

V'è, poi, anch'essa di rango primario, l'esigenza che le modalità e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria ai soggetti di cui sopra non pongano in pericolo la sicurezza degli istituti penitenziari e l'effettività della pena, non pregiudichino le funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia, si sottraggano al duplice rischio di un lassismo deresponsabilizzato o di un rigorismo burocratico lesivo del bene primario della salute degli assistiti.

Il contemperamento di queste esigenze postula non soltanto una specifica professionalità, ma anche la messa a punto di modelli organizzativi adeguati che, per un verso, superino l'attuale separatezza della medicina penitenziaria e, per altro verso, non si riducano ad un meccanico trasferimento di strutture e funzioni dall'una amministrazione all'altra. Si tratta di perseguire un modello di leale e fattiva collaborazione tra amministrazioni diverse per finalità e vocazioni, modello in relazione al quale, fino ad oggi, non sono state effettuate ricerche soddisfacenti e sperimentazioni idonee. L'attuale ordinamento penitenziario prevede in effetti forme di collaborazione che non sembrano aver approdato a risultati apprezzabili: l'amministrazione penitenziaria, infatti, può, già oggi, avvalersi, per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi

sanitari, della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extraospedalieri, d'intesa con la regione e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità (articolo 11, decimo comma, della legge n. 354 del 1975); a tal fine, l'articolo 7 del decreto-legge n. 187 del 1993, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 296 del 1993, prevede l'istituzione in ogni ospedale provinciale di reparti destinati al ricovero in luogo di cura esterno dei detenuti e internati per i quali sia stato disposto il piantonamento, ripartendo le responsabilità tra amministrazione penitenziaria e amministrazione sanitaria; l'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica n. 431 del 1977, d'altro canto, prevede che l'organizzazione dei servizi sanitari all'interno degli istituti venga programmata nell'ambito di ciascuna regione tra ispettori distrettuali del DAP e preposti agli enti sanitari locali, d'intesa con la regione, e detta altre disposizioni per il coinvolgimento delle strutture pubbliche della sanità generale nell'organizzazione e nel funzionamento degli speciali reparti clinici che possono istituirsi all'interno degli istituti. Sempre l'articolo 11 (commi 12 e 13) dell'ordinamento penitenziario prevedeva visite periodiche negli istituti penitenziari da parte del medico provinciale (ora dell'autorità a questi subentrata) e periodici rapporti di tale autorità, con eventuali proposte, ai Ministeri della sanità e della giustizia nonché alla regione e al magistrato di sorveglianza.

V'è da chiedersi perchè tale modello non abbia funzionato in modo soddisfacente o non abbia funzionato con la medesima efficacia nelle varie zone del territorio nazionale e, soprattutto, se sorte analoga non rischi di avere una qualsiasi altra soluzione che non sia accompagnata da un'idonea sperimentazione e flessibilità che consentano di attuare un modello diverso costruendolo nel vivo dell'esperienza ed adattandolo alle difficoltà che via via si saranno manifestate, eventualmente anche mediante opportune differenziazioni.

L'emendamento 2.276 del relatore si muove nella consapevolezza delle difficoltà e delle esigenze sopra accennate. Esso tuttavia esige alcune esplicitazioni e puntualizzazioni, che si rivelano non solo opportune ma necessarie per offrire una guida sufficientemente sicura al legislatore delegato, per quanto concerne:

- a) la parità di trattamento sanitario tra detenuti e liberi;
- b) il mantenimento al Ministero di grazia e giustizia di quella parte di risorse necessarie allo svolgimento dei compiti che ad esso possono venir assegnati;
- c) soprattutto, il carattere sperimentale, flessibile, adattabile ai risultati dell'esperienza ed alle eventuali particolarità di situazioni locali e ambientali, dei modelli organizzativi via via messi in atto.

Conclusivamente si suggeriscono le seguenti riformulazioni delle lettere a) ed e) del suddetto emendamento nonché, di particolare importanza, l'aggiunta di un secondo comma, come di seguito specificato:

lettera a) «prevedere specifiche modalità per garantire alle persone detenute o internate parità di trattamento, rispetto ai soggetti non colpiti da limitazioni nella libertà personale, nella soddisfazione del diritto

alla salute, anche mediante forme progressive d'inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale del personale e delle strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria»;

lettera e) «Prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie relative alle funzioni progressivamente trasferite, nonchè i criteri e le modalità della loro gestione, e assicurando comunque l'utilizzazione delle specifiche professionalità maturate nel settore della medicina penitenziaria»;

Comma 2. «Entro 24 mesi dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il Governo adotta, anche con riferimento all'esito delle sperimentazioni, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi di cui al comma 1».

Tanto premesso, si esprime parere favorevole subordinatamente all'accoglimento delle proposte di cui sopra.

Si richiede che il presente parere sia stampato, a norma dell'articolo 39, comma 4, del Regolamento, in allegato alla relazione che la Commissione competente presenterà all'Assemblea.

PARERI DELLA 5^a COMMISSIONE PERMANENTE
(PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO)

(Estensore: MORANDO)

sul testo e su emendamenti

14 luglio 1998

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminato il testo del disegno di legge, per quanto di propria competenza, esprime parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sull'articolo 2, comma 1, lettera *o*), lettera *p*) (limitatamente alle parole da «individuando» fino a «lavoro»), lettera *u*) (limitatamente alle parole da «prevedendo» fino a «risorse»), lettera *z*) (limitatamente alle parole da «con l'attribuzione» fino a «bilancio»), lettera *aa*) (limitatamente alle parole da «realizzare» fino alla fine) e lettera *nn*). Formula altresì parere contrario sull'articolo 2, comma 1, lettera *oo*) e parere di nulla osta sulla lettera *qq*), a condizione, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, che sia precisato nel testo che il trasferimento della medicina penitenziaria nell'ambito del Servizio sanitario nazionale avviene attraverso l'esclusiva utilizzazione delle risorse attualmente assegnate al Ministero della giustizia e da trasferirsi al Fondo sanitario contestualmente al passaggio delle funzioni e senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato.

Quanto agli emendamenti trasmessi (con esclusione degli emendamenti 2.400, 2.650, sui quali la Sottocommissione ha deliberato di rinviare la formulazione del parere, e 4.0.2), si esprime parere di nulla osta ad eccezione che sugli emendamenti 1.9, 2.14, 2.15, 2.16, 2.24, 2.25, 2.29, 2.218, 2.219, 2.220, 2.61, 2.78, 2.430, 2.87, 2.102, 2.103, 2.109, 2.286, 2.287, 2.288, 2.289, 2.290, 2.245, 2.246, 2.247, 2.261, 2.262, 2.268, 2.272, 2.273, 2.275, 2.167 e 2.600, per i quali il parere è contrario ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione. Il parere di nulla osta sugli emendamenti 2.276 e 4.0.1 è condizionato, ai sensi della medesima norma costituzionale, alla precisazione che anche dall'esercizio delle deleghe previste non derivano maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato; il parere di nulla osta, infine, sugli emendamenti 2.277 e 2.278 è condizionato, sempre ai sensi della richiamata norma costituzionale, alla precisazione che dall'esercizio delle deleghe non derivano maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato e che le risorse debbono essere riassegnate al Fondo sanitario nazionale.

su ulteriori emendamenti

15 luglio 1998

La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti trasmessi, per quanto di propria competenza, esprime parere di nulla osta sugli emendamenti 2.720, 2.730, 2.700 e 2.710, osservando che la loro approvazione supererebbe il parere contrario formulato dalla Commissione in relazione alle lettere *z*), *u*), *qq*) e *p*). Esprime altresì parere contrario sull'emendamento 2.650 e parere di nulla osta sull'emendamento 2.400 a condizione, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, che siano soppresse le parole «e l'attribuzione dei dirigenti», osservando che l'eventuale approvazione consentirebbe di superare il parere contrario espresso sulla lettera *o*). Formula infine parere di nulla osta sull'emendamento 4.0.3 a condizione, ai sensi della medesima norma costituzionale, che al comma 1, lettera *c*), siano soppresse le parole «trattamento del», e in considerazione del fatto che nella formulazione dell'emendamento è contenuto il rinvio al comma 3 dell'articolo 1.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

—

Art. 1.

(Delega al Governo)

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

—

Art. 1.

*(Delega al Governo)**Identico*

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

Art. 2.

(*Principi e criteri direttivi di delega*)

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

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

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

c) regolare la collaborazione tra i soggetti pubblici interessati, regolare e distribuire i compiti tra questi ed i soggetti privati, in particolare quelli del privato sociale non aventi scopo di lucro, al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria;

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

e) realizzare la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione ed alla valutazione dei servizi sanitari;

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

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 2.

(*Principi e criteri direttivi di delega*)

1. *Identico:*

a) *identica;*

b) *identica;*

c) *identica;*

d) *identica;*

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

f) *identica;*

g) *identica;*

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

h) controllare e verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione;

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

l) potenziare il ruolo dei comuni e **dei loro organismi di rappresentanza** nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale ed in quelli di valutazione dei risultati delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e conferendo risorse proprie, livelli di assistenza superiori a quelli garantiti dalla stessa programmazione, **pur restando esclusi da funzioni e responsabilità di gestione diretta del Servizio sanitario nazionale**;

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

h) **definire linee guida al fine di individuare le modalità di controllo e verifica, da attuare secondo il principio di sussidiarietà istituzionale e sulla base anche di appositi indicatori**, dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione;

i) *identica*;

l) potenziare il ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale, **prevedendo anche loro rappresentanti nelle agenzie per i servizi regionali, ove istituite**, ed in quelli di valutazione dei risultati delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e **assegnando** risorse proprie, livelli di assistenza **aggiuntivi** a quelli garantiti dalla stessa programmazione;

m) *identica*;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

ni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale;

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

o) prevedere, nell'ambito del rapporto di lavoro della dirigenza del ruolo sanitario, criteri tendenti a ridefinire le attribuzioni del primo e del secondo livello dirigenziale, secondo indirizzi che garantiscano la piena acquisizione di autonomia professionale attraverso la diretta responsabilità nella esecuzione e nella gestione delle attività proprie dell'ambito disciplinare di appartenenza; individuare, ferma restando la suddetta articolazione della dirigenza del ruolo sanitario, una dirigenza con prevalente contenuto gestionale ed una dirigenza con prevalente contenuto professionale;

p) prevedere le modalità per pervenire per aree, funzioni ed obiettivi, a regime,

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

n) *identica*;

o) prevedere l'estensione del regime di diritto privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria, determinando altresì criteri generali sulla cui base disciplinare, in sede di contrattazione collettiva nazionale, l'organizzazione del lavoro, con particolare riferimento al modello dipartimentale;

p) prevedere le modalità per pervenire per aree, funzioni ed obiettivi, a regime,

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

all'esclusività del rapporto di lavoro, quale scelta individuale, da incentivare anche con il trattamento economico aggiuntivo di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, **individuando le necessarie risorse finanziarie a valere sul Fondo sanitario nazionale**, secondo modalità applicative definite in sede di contrattazione collettiva nazionale di lavoro;

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

r) prevedere la facoltà per le aziende unità sanitarie locali e per le aziende ospedaliere, esclusivamente per progetti finalizzati, di stipulare contratti a tempo determinato di formazione e lavoro di durata quinquennale con soggetti in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, che prevedano l'assunzione progressiva di responsabilità professionale, sotto la supervisione di un dirigente del ruolo sanitario;

s) rendere omogenea la disciplina del trattamento assistenziale e previdenziale dei soggetti nominati direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario di azienda, nell'ambito dei trattamenti assistenziali e previdenziali previsti dalla legislazione vigente, prevedendo altresì per i dipendenti privati l'applicazione dell'articolo 3, comma 8, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

t) ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e semplificare le modalità di nomina e di revoca dall'incarico rendendole coerenti con il completamento del processo di aziendalizzazione, con la natura privati-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

all'esclusività del rapporto di lavoro, quale scelta individuale, da incentivare anche con il trattamento economico aggiuntivo di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, secondo modalità applicative definite in sede di contrattazione collettiva nazionale di lavoro;

q) *identica*;

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

s) *identica*;

t) ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e semplificare le modalità di nomina e di revoca dall'incarico rendendole coerenti con il completamento del processo di aziendalizzazione, con la natura privati-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

stica e fiduciaria del rapporto e con il principio di responsabilità gestionale; assicurare il coinvolgimento dei comuni e dei loro organismi di rappresentanza nel processo di revoca e nel processo di valutazione dell'operato dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere criteri per la revisione del regolamento, recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, rapportando l'eventuale integrazione del trattamento economico annuo alla realizzazione degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria regionale e stabilendo che il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo sia definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa;

u) garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, prevedendo la periodica elaborazione da parte del Governo di linee guida rivolte alle amministrazioni competenti e la determinazione, da parte del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, del fabbisogno di personale delle strutture sanitarie, ai soli fini della programmazione, da parte del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, degli accessi ai corsi di laurea e di diploma per le professioni sanitarie e della ripartizione tra le singole scuole del numero di posti per la formazione specialistica dei medici e dei medici veterinari, prevedendo posti ag-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

stica e fiduciaria del rapporto e con il principio di responsabilità gestionale, **rapportando il processo di revoca alla valutazione dei risultati conseguiti**; assicurare la partecipazione dei comuni nel processo di valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, **rispetto agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale**; prevedere criteri per la revisione del regolamento, recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, rapportando l'eventuale integrazione del trattamento economico annuo alla realizzazione degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria regionale e stabilendo che il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo sia definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa;

u) garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, prevedendo la periodica elaborazione da parte del Governo, **sentita la Federazione degli ordini**, di linee guida rivolte alle amministrazioni competenti e la determinazione, da parte del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, del fabbisogno di personale delle strutture sanitarie, ai soli fini della programmazione, da parte del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, degli accessi ai corsi di diploma per le professioni sanitarie e della ripartizione tra le singole scuole del numero di posti per la formazione specialistica dei medici e dei medici veterinari,

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

giuntivi per gli altri profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario, **allo scopo destinando apposite risorse**; prevedere che i protocolli d'intesa tra le regioni e le università, di cui all'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da attuare nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, siano definiti sulla base di apposite linee guida, predisposte dal Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; prevedere che con gli stessi protocolli siano individuate le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali, sulla base di parametri predeterminati a livello nazionale, in coerenza con quanto disposto dal decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 5 agosto 1997;

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

z) ridefinire il ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale sono individuati gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale **con l'attribuzione delle risorse finanziarie necessarie in sede di bilancio**; demandare ad appositi organismi scientifici del Servizio sanitario nazionale l'individuazione dei criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni sanitarie, disciplinan-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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

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

z) ridefinire il ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale sono individuati gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale; demandare ad appositi organismi scientifici del Servizio sanitario nazionale l'individuazione dei criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni sanitarie, disciplinando la partecipazione a tali organismi delle società scientifiche accreditate,

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

do la partecipazione a tali organismi delle società scientifiche accreditate, anche prevedendo sistemi di certificazione della qualità;

aa) stabilire le modalità generali per l'attivazione dei distretti e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento nonchè, nell'ambito della ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, quelle per la loro integrazione nell'organizzazione distrettuale, rapportando ai programmi di distretto e agli obiettivi in tale sede definiti la previsione della quota variabile del compenso spettante ai suddetti professionisti, correlata comunque al rispetto dei livelli di spesa programmati di cui all'articolo 8, comma 1, lettera *c*), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; **prevedere le modalità del raccordo tra l'azienda unità sanitaria locale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, da realizzare con l'istituzione di un apposito organismo;**

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

cc) stabilire, fermi restando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le modalità e le garanzie per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

anche prevedendo sistemi di certificazione della qualità;

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

bb) *identica;*

cc) stabilire, fermi restando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le modalità e **i criteri** per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie; **semplificare le procedure per gli interventi di ristruttu-**

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

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

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

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

razione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, finanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, fino a prevedere, in caso di inerzia o ritardo immotivato da parte delle aziende e delle regioni e delle province autonome nell'esecuzione e nel completamento dei suddetti interventi, la riduzione dei finanziamenti già assegnati e la loro riassegnazione;

dd) *identica*;

ee) *identica*;

ff) *identica*;

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

gg) definire, ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, **standard** minimi di strutture, attrezzature e personale;

hh) precisare i criteri distintivi e gli elementi caratterizzanti per l'individuazione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con particolare riguardo alle caratteristiche organizzative minime delle stesse ed al rilievo nazionale o inter-regionale delle aziende ospedaliere;

ii) definire il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori, classificati ai sensi dell'articolo 8, comma 4, lettera f), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, tenendo in considerazione, per quanto attiene alle strutture private, la specificità di quelle non aventi fini di lucro; prevedere, insieme al pagamento a tariffa delle prestazioni, livelli di spesa per piani di attività che definiscano volumi e tipologie delle prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa definiti in rapporto alla spesa capitaria e tenendo conto delle caratteristiche di complessità delle prestazioni erogate in ambito territoriale; prevedere altresì, per quanto attiene al finanziamento dei presidi interni alle aziende unità sanitarie locali, l'utilizzazione del pagamento a tariffa soltanto come indicatore di spesa;

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

mm) prevedere le modalità e le garanzie con le quali il Ministro della sanità, va-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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

hh) *identica;*

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

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

mm) *identica;*

nn) prevedere le modalità e le garanzie con le quali il Ministro della sanità, va-

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

lutate le situazioni locali e sulla base delle segnalazioni trasmesse dall'agenzia per i servizi sanitari regionali, ai sensi della lettera *ll*), sostiene i programmi di cui alla medesima lettera; applica le penalizzazioni previste dalla legge in caso di inerzia o ritardo **da parte** delle regioni nell'adozione o nell'attuazione di tali programmi, sentito il parere dell'agenzia; individua, su parere dell'agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, forme di intervento del Governo volte a far fronte, nei casi più gravi, all'eventuale inerzia delle amministrazioni;

nn) stabilire modalità e termini di riduzione dell'età pensionabile per il personale della dirigenza dell'area medica dipendente dal Servizio sanitario nazionale; **prevedere per il personale docente universitario delle facoltà di medicina e chirurgia, nel rispetto del relativo stato giuridico, una graduale riduzione dell'età per la cessazione dell'attività assistenziale, da stabilire al settantesimo ed al sessantottesimo anno di età per coloro che, alla data di entrata in vigore del decreto legislativo emanato in attuazione dei principi previsti dalla presente lettera, abbiano raggiunto, rispettivamente, il sessantesimo e il cinquantesimo anno di età, con l'obiettivo di giungere all'equiparazione rispetto alla dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale per coloro che alla medesima data non abbiano ancora raggiunto il cinquantesimo anno di età, prevedendo altresì disposizioni sull'età massima per la cessazione dei rapporti convenzionali di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;**

oo) escludere la stipulazione di nuove convenzioni con i soggetti di cui all'articolo 8, commi 1-*bis* e 8, del decreto legislativo

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

lutate le situazioni locali e sulla base delle segnalazioni trasmesse dall'agenzia per i servizi sanitari regionali, ai sensi della lettera *mm*), sostiene i programmi di cui alla medesima lettera; applica le **adeguate** penalizzazioni, **secondo meccanismi automatici di riduzione e dilazione dei flussi finanziari** in caso di inerzia o ritardo delle regioni nell'adozione o nell'attuazione di tali programmi, sentito il parere dell'agenzia; individua, su parere dell'agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, forme di intervento del Governo volte a far fronte, nei casi più gravi, all'eventuale inerzia delle amministrazioni;

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

pp) escludere la stipulazione di nuove convenzioni con **i medici della continuità assistenziale, i medici della emergenza**

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

30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevedendo, nell'ambito del superamento dei rapporti convenzionali previsti dalle stesse disposizioni, la dinamicità dei requisiti di accesso ai fini dell'inquadramento in ruolo nonchè la revisione dei rapporti convenzionali in atto, garantendo, comunque, il servizio di continuità assistenziale;

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

***qq)* provvedere, nei limiti consentiti dalla peculiarità della materia, al riordino della medicina penitenziaria prevedendone il funzionamento nell'ambito del Servizio sanitario nazionale; garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate anche attraverso la graduale riconduzione al Servizio sanitario nazionale, con opportune sperimentazioni, del personale e delle strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria; assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria; stabilire che la programmazione delle strutture e delle risorse da destinare al servizio di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia attribuita al Ministro della**

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

territoriale ed i medici della medicina dei servizi, di cui all'articolo 8, commi 1-*bis* e 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevedendo, nell'ambito del superamento dei rapporti convenzionali previsti dalle stesse disposizioni, la dinamicità dei requisiti di accesso ai fini dell'inquadramento in ruolo nonchè la revisione dei rapporti convenzionali in atto, garantendo, comunque, il servizio di continuità assistenziale;

qq) *identica.*

soppressa

(Cfr. l'articolo 5 del presente testo)

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

sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; attribuire al Ministero di grazia e giustizia l'esercizio delle funzioni e delle attività necessarie per assicurare il rispetto delle esigenze di unitarietà, tempestività e sicurezza degli interventi, anche con riferimento alla gestione del personale; prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali e che la formazione del personale addetto ai medesimi servizi sia assicurata dalle regioni, sulla base di programmi stabiliti dal Ministro della sanità; prevedere altresì l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie relative alle funzioni trasferite iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia.

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

Art. 3.

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

1. All'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: «I provvedi-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

2. *Identico.*

Art. 3.

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

Identico

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

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

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

Art. 4.

(*Testo unico*)

1. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad emanare un decreto legislativo recante un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge concernenti l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni previste dai decreti legislativi di cui all'articolo 1 con quelle vigenti nella stessa materia, ed in particolare con quelle previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, apportando le opportune modificazioni integrative e correttive non-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 4.

(*Testo unico*)

Identico

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

chè quelle necessarie al fine del coordinamento stesso.

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 5.

(Riordino della medicina penitenziaria)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

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

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

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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

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

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

2. Entro diciotto mesi dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il Governo adotta, anche con riferimento all'esito delle sperimentazioni, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi di cui al comma 1.

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

Art. 6.

(Ridefinizione dei rapporti tra Università e Servizio sanitario nazionale)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi volti a ridefinire i rappor-

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

ti tra Servizio sanitario nazionale e università, attenendosi ai seguenti principi e criteri direttivi:

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

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

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

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