CAMERA DEI DEPUTATI N. 2874

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA POPOLARE

Riordino del Servizio sanitario nazionale su base regionale

Presentata il 5 luglio 1993

ONOREVOLI DEPUTATI ! — La necessità di una legge di iniziativa popolare per riordinare il sistema sanitario nasce sia dall'esaurirsi di un ciclo politico-legislativo sia dall'emergere, in particolar modo dopo il voto del 18 aprile, di un nuovo protagonismo dei cittadini quale espressione di una forte domanda di cambiamento e di giustizia sociale, il cui perno è garantire il diritto di ogni individuo all'integrità fisica e alla salute. Si tratta di una nuova proposta di politica sanitaria che la CGIL ha promosso per offrirla quale possibile base di incontro per un ampio arco di forze politiche e sociali, convinta che la soluzione ai problemi della sanità non deve comportare la compromissione di valori fondamentali e irrinunciabili quali la solidarietà, l'universalismo, l'equità e il rispetto di diritti insopprimibili come quello della salute.

La proposta di legge punta ad un riordino e ad un ammodernamento del Servizio sanitario nazionale compatibili con i fondamenti di uno Stato sociale pensato quale principale sostegno per una civile convivenza. Un progetto di riordino per superare le vecchie e asfittiche politiche sanitarie degli anni 80, culminate con quel « grappolo » di norme, quasi tutte scritte tra la X e l'XI legislatura: l'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, che ha ridotto, di fatto, la spesa sanitaria ad una variabile dipendente dalla disponibilità di bilancio; l'articolo 6 del decreto-legge del 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, che ha esasperato il sistema dei *ticket* fino a prefigurare un inaccettabile sistema di tassazione della malattia, per non tacere del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che ol-

trepassa la soglia del riordino per avventurarsi in soluzioni pericolose per la stessa natura pubblica e universalistica del sistema sanitario, come l'assistenza differenziata, il ritorno alle mutue sostitutive, ancorché rinviate nel tempo, eccetera.

La presente proposta di legge di iniziativa popolare concretamente rappresenta la riscrittura di tutte queste norme, e quindi, rispetto ad esse, è un atto di superamento ed abrogazione come chiaramente indicato dall'articolo 15. Una riscrittura che tiene conto della riforma sanitaria, la legge 23 dicembre 1978, n. 833, considerata nei suoi princìpi un quadro di riferimento a tutt'oggi valido, e insieme per innovarla profondamente come dimostrano i numerosi articoli abrogativi e correttivi richiamati sempre nell'articolo 15.

La legge di iniziativa popolare che presentiamo va considerata quindi un'evoluzione critica della riforma sanitaria, anche per superarne limiti ed errori, riproponendo la centralità della prevenzione, il valore del territorio, l'integrazione tra strutture, e una clinica decisamente rinnovata.

Le scelte fondamentali della proposta di legge puntano in primo luogo a ripensare il modello di Servizio sanitario nazionale, che dovrebbe mutare da centralistico, cioè interamente imperniato sul Ministero della sanità, a Servizio sanitario nazionale organizzato su base regionale, superando un'ambiguità di fondo della legge n. 833 del 1978. Da una parte infatti la Costituzione attribuisce alle regioni (articoli 117, 118 e 119) precisi poteri in ordine all'« assistenza sanitaria ed ospedaliera » e dall'altra lo Stato è organizzato con un forte accentramento nelle funzioni ministeriali.

La proposta di legge ridefinisce i rapporti tra Stato e regioni riducendo la funzione del primo, come previsto dall'articolo 5, e riallocando i poteri a favore delle seconde, così come indicato dall'articolo 6. In tale contesto va ripensato e recuperato il ruolo del sindaco, quale principale garante della comunità dei cittadini, in ordine anche, ma non solo, ai grandi problemi di integrazione fra problematiche assistenziali, sociali e sanitarie, e all'organizzazione del territorio.

In secondo luogo la proposta di legge propone il conferimento di un reale potere alla domanda di servizi e attività da parte dei cittadini, superando quella che è stata definita « l'autoreferenzialità dell'offerta », una caratteristica in virtù della quale i servizi tendono a strutturarsi più in funzione degli interessi che contengono che non in rapporto ai caratteri della domanda che si manifesta, finendo in questo modo per impedire gli inevitabili processi di rinnovamento, di riorganizzazione o di riconversione, o per indurre sulla domanda necessità che nulla hanno a che vedere con essa.

Accrescere il potere dei cittadini significa certamente ripensare gli strumenti e le modalità della loro partecipazione, come previsto dall'articolo 12, ma anche ripensare l'intero complesso di questioni relative all'organizzazione dei servizi e del lavoro per far sì che esse diventino sensibili nei confronti delle sollecitazioni della domanda così come previsto negli articoli 7 (unità sanitaria locale-azienda), 8 (distretto socio-sanitario di base), 11 (competitività ed efficienza).

In terzo luogo, l'altra scelta fondamentale è la valorizzazione della risorsa personale ricorrendo a nuove soluzioni di responsabilizzazione degli operatori. Il personale rappresenta, ad un tempo, la risorsa più preziosa del sistema sanitario ed il costo più cospicuo. Proprio per questo non è più possibile continuare a considerarlo, coma si è fatto per tutti gli anni 80 e anche più recentemente, semplicemente « un costo » da comprimere attraverso politiche di svalutazione o manovre per un suo contenimento.

Quel che serve è, al contrario, la definizione di misure efficaci di incentivazione che accrescano sia l'efficacia e l'efficienza, come specificatamente previsto nell'articolo 11, sia l'economicità del sistema.

La responsabilizzazione degli operatori è indispensabile insieme a quella dell'utenza, sapendo che la gestione di un'azienda USL non può ridursi, dati i suoi

alti livelli di complessità, semplicemente ad una figura di direttore generale.

L'ultima scelta fondamentale riguarda la necessità di dare una risposta chiara ed inequivocabile ad una domanda di giustizia e di equità da parte di cittadini.

L'attuale sistema dei *ticket* e l'attuale sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono ingiusti e distorti.

Se valutiamo il volume di risorse coinvolte con l'articolo 6 del citato decreto-legge n. 384, del 1992, assommato al precedente sistema di *ticket*, emerge il principale paradosso che con la presente proposta di legge di iniziativa popolare si vuole eliminare: oggi incredibilmente il contributo al risanamento finanziario viene chiesto direttamente agli ammalati, con una rottura della solidarietà sociale e economica.

Il gettito dei *ticket* infatti nel 1993 sfiorerà i diecimila miliardi, con una crescita negli ultimi sei anni del 500 per cento, dai 2000 miliardi stimati nel 1987 ai 10.000 attuali. Nel 1987 il *ticket* medio pagato dagli italiani era di 14.188 lire *pro-capite*; nel 1992 tale misura è arrivata a circa 50.800 lire *pro-capite*; mentre nel 1993 il *ticket* medio si colloca oltre le 60 mila lire, per un complesso di partecipazione alla spesa sanitaria pari a 170.000 lire di costo *pro-capite*. A fronte di questi pochi ma indicativi dati e per ricondurre ad equità il sistema la CGIL decide di proporre sia il superamento di ogni forma di *ticket* collegato alle prestazioni di cittadinanza sia l'attuale sistema contributivo che, ancorché ancorato in parte al reddito, contiene forti ed inaccettabili sperequazioni tra le categorie.

Noi riteniamo che innanzitutto la rapida perequazione contributiva e successivamente la graduale fiscalizzazione possano fare più giustizia in base al principio « a ciascuno secondo le sue necessità ma da ciascuno secondo le sue possibilità », possano coprire in altro modo ciò che mina la solidarietà, cioè quella spesa finanziata direttamente dai malati con varie forme di « compartecipazione-tassazione », che è cosa diversa da una azione di moderazione dei consumi e di contrasto verso quelli superflui.

Il solo effetto della crescita nominale dei redditi costringerà il prossimo anno altri due milioni di cittadini a pagare *ticket* e così in maniera crescente per gli anni futuri.

Con l'articolo 1 si evidenzia che il riordino della sanità, cioè gli obiettivi che abbinano riorganizzazione, qualificazione ed efficienza, sono certamente importanti, ma in quanto strumenti di un obiettivo più di fondo che è la realizzazione del diritto alla salute. La condizione di cittadinanza è cioè inseparabile dalla piena realizzazione di questo diritto.

Con l'articolo 2 si definisce il paniere di prestazioni che lo Stato deve garantire a tutti i cittadini nello stesso identico modo. È la definizione concreta dell'universalità e nello stesso tempo la traduzione di una moderna idea di salute in prestazioni, attività e servizi. In essa trovano attuazione le grandi conquiste di emancipazione proprie delle leggi n. 194 del 1978 e n. 405 del 1975, sull'interruzione volontaria della gravidanza e sui consultori e della legge n. 180 del 1978, sulla « deistituzionalizzazione » della malattia mentale, ma anche proprie di un'idea di salute per la quale resta irrinunciabile, perché strategicamente centrale, la cultura, la scienza e la politica della prevenzione. L'universalità va intesa come pacchetto di prestazioni oltre il quale vale il ricorso alla mutualità integrativa volontaria, per il quale si indicano nuovi campi di applicazione come la non autosufficienza, il sostegno alle famiglie, la battaglia contro l'istituzionalizzazione del cittadino, eccetera.

Se è importante definire cosa garantire ai cittadini è altrettanto importante, nella consapevolezza dei problemi legati alle risorse, definire come finanziare l'intero arco delle prestazioni di cittadinanza.

Gli articoli 3 e 4 propongono un nuovo modello di finanziamento imperniato su un contributo percentuale per qualunque livello di reddito da subito e, in prospettiva, sulla conquista graduale della fiscalizzazione piena e completa. Le indicazioni di merito per la fiscalizzazione, come il ricorso all'imposta sul valore ag-

giunto d'impresa e all'IRPEF naturalmente necessitano di un'esplicazione più cogente e di una organizzazione maggiormente tecnica in sede di applicazione, ma la proposta intende ottenere il risultato di una ricommisurazione del fabbisogno correlata ad una modalità di finanziamento più equa e ad un'idea di governo della spesa che, nello stabilire un fabbisogno possibile e compatibile, ne rallenti la crescita, stabilizzandone i valori in un arco ragionevole di tempo in rapporto al PIL, attraverso l'organizzazione di interventi profondi di riorganizzazione e ristrutturazione dell'intero sistema della spesa corrente.

Gli articoli 5, 6 e 7 definiscono soluzioni per un governo moderno dell'intero sistema sanitario. A partire da una riallocazione chiara e decisa di funzioni e poteri tra Governo centrale e regioni, si traggono coerentemente, con questa scelta di fondo, tutte le conseguenze innovative per quanto concerne il modello di programmazione, il prontuario terapeutico, le titolarità legislative. In questo modo il carattere nazionale del servizio sanitario è garantito, evitando così il rischio di un servizio quale somma di servizi sanitari regionali.

Nel quadro di nuovi assetti istituzionali e di un recupero del ruolo del sindaco abbiamo voluto ridefinire rigorosamente l'idea di azienda, riconfigurandola quale ente strumentale che produce e eroga servizi, prestazioni, attività. Su tale sfondo la ridefinizione del governo aziendale è certamente ancorata alla responsabilizzazione di figure nuove come il direttore generale, anche attraverso contratti a termine, per tutte le figure apicali. Quindi si tratta di un'idea di governo gestionale diffuso, cioè inclusivo di una nuova partecipazione e responsabilizzazione degli operatori e degli utenti.

L'articolo 11 sulla competitività e l'efficienza garantisce di fatto l'esercizio della libera scelta del cittadino che così diventa parametro di riferimento per l'allocazione delle risorse, ma anche l'esercizio da parte dell'operatore di una serie di « opportunità » organizzative dalle quali far discendere, con attenti meccanismi di verifica e controllo sugli scopi raggiunti (articolo 12), le eventuali conseguenze retributive.

Altre questioni di rilievo sono state disciplinate, come l'organizzazione del distretto socio-sanitario di base (articolo 8), i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università (articolo 9) e il prontuario terapeutico (articolo 10).

Il primo è proposto come snodo tra le varie componenti dello Stato sociale, in particolar modo tra l'assistenza sociale e sanitaria, collegate fortemente all'autorità del sindaco come primo rappresentante dei cittadini e alle varie forme di partecipazione dell'utenza organizzata, ma anche come l'ambito in cui si deve ridefinire il ruolo della medicina di base e delle varie figure professionali in essa coinvolte.

Il secondo vuole essere il tentativo di riequilibrare i rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale in un rapporto di scambio e di reciprocità tra pari nel rispetto rigoroso delle specifiche funzioni.

Il terzo punta a concretizzare con provvedimento successivo la definizione di un pacchetto di farmaci gratuiti, selezionati e vagliati sulla base della loro funzione per fare i prontuari terapeutici regionali.

Infine gli articoli 12 (sulla qualità dei servizi e sui diritti dei cittadini) e 13 (sulla disciplina degli appalti di fornitura): si tratta, nel primo caso, di andare oltre la partecipazione formale dei cittadini e di proporre tutte le misure, gli strumenti, le informazioni, capaci di favorire una partecipazione efficace come premessa per l'autoorganizzazione dell'utenza; nel secondo caso, di combattere il malaffare, gli sprechi, le ruberie, che anche nella sanità pongono decisamente con urgenza la questione morale, attraverso la trasparenza, le procedure regolari e controllate, la ricerca dell'economicità.

Con l'articolo 14 si demandano a provvedimenti successivi quelle questioni che meritano per la loro importanza una trattazione specifica e che comunque dipenderanno dalle decisioni assunte con questa proposta di legge.

Con l'articolo 15 si abrogano tutte le norme incompatibili con la presente proposta.

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA POPOLARE

—

ART. 1.

(Obiettivi del riordinamento del Servizio sanitario nazionale).

1. Per la realizzazione piena del diritto alla salute prevista dall'articolo 32 della Costituzione la presente legge riordina su base regionale il servizio sanitario, riconfermandone il carattere nazionale, anche al fine di conseguire obiettivi di qualificazione e miglioramento delle prestazioni, di una più razionale utilizzazione delle risorse, di efficienza dei servizi, nel rispetto dei princìpi e delle finalità indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con riferimento agli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione della Repubblica, emanano norme legislative per la riorganizzazione del servizio sanitario regionale nei limiti dei princìpi fondamentali stabiliti dalla presente legge.

ART. 2.

(Prestazioni di cittadinanza e prestazioni integrative).

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce a tutti i cittadini e stranieri presenti sul territorio nazionale, senza distinzione di condizioni sociali, tutte le prestazioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 2 e all'articolo 14, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, previa eventuale richiesta del medico nei casi previsti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, a livello domiciliare nonché presso ambulatori, presìdi, strutture direttamente gestiti o comunque afferenti

al Servizio sanitario nazionale. Sono altresì garantite a tutti i cittadini:

a) le prestazioni di profilassi individuale obbligatorie per legge o previste da programmi regionali con carattere di generalità;

b) le prestazioni di recupero e di rieducazione funzionale effettuate in regime di ricovero o di *day hospital,* nonché le prestazioni prescritte da medici specialisti effettuabili a livello ambulatoriale o domiciliare a completamento o integrazione di programmi di riabilitazione e mantenimento di particolare complessità;

c) le prestazioni sanitarie domiciliari e gli interventi sanitari di emergenza, ivi compreso il trasporto infermi in urgenza.

2. Le prestazioni di cui al comma 1 non sono assoggettabili ad alcuna forma di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti né a livello nazionale né a livello regionale.

3. Per le prestazioni non previste nel presente articolo le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stabiliscono i limiti e i criteri di erogazione, nonché le forme di partecipazione degli assistiti alla spesa.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative e le organizzazioni dei pensionati e dell'utenza organizzata, stabiliscono altresì i limiti e i criteri di erogazione, nonché le eventuali forme di partecipazione alla spesa degli assistiti, per le prestazioni di tipo riabilitativo che necessitano di trattamenti prolungati ad alta intensità assistenziale.

5. In attuazione del primo comma dell'articolo 46 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni favoriscono lo sviluppo della mutualità volontaria integrativa attraverso la costituzione, anche contrattuale, di forme o associazioni volontaristiche di carattere privato, al fine della erogazione di prestazioni o attività sanitarie aggiuntive a quelle indicate nel presente articolo.

6. La mutualità volontaria potrà essere destinata alla copertura delle spese per le prestazioni di cui ai commi 3 e 4, nonché alla copertura delle spese derivanti dalla fruizione di prestazioni diverse dai livelli uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale che i cittadini richiedono, anche al fine di favorire processi di deistituzionalizzazione e interventi nelle situazioni di non autosufficienza a sostegno delle famiglie.

ART. 3.

(Finanziamento del Servizio sanitario nazionale).

1. Il Governo è delegato a:

a) emanare un decreto legislativo per disciplinare il passaggio graduale che realizzi la completa fiscalizzazione degli oneri sociali per l'assistenza sanitaria nell'arco di due piani triennali successivi da prevedere nella legge finanziaria;

b) predisporre il superamento dell'attuale sistema contributivo realizzando entro e non oltre sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la perequazione degli oneri;

c) ridefinire le modalità di riscossione fiscale a livello centrale e regionale secondo i seguenti criteri:

1) istituzione di un'imposta sul valore aggiunto d'impresa, con aliquote articolate per settori produttivi definite nazionalmente e riscosse regionalmente con riferimento al domicilio fiscale delle imprese medesime, per garantire lo stesso gettito della contribuzione sui datori di lavoro e comprendere per i lavoratori autonomi e assimilati il gettito del contributo sanitario derivante dalla perequazione di cui alla lettera *b*);

2) successivamente graduale sostituzione del gettito relativo alla contribuzione a carico dei lavoratori dipendenti e pensionati con una ristrutturazione dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

2. Il Servizio sanitario è finanziato da un fondo unitario, costituito da un fondo sanitario nazionale, alimentato dal sistema fiscale generale, e da un fondo sanitario regionale, alimentato dall'imposta regionale sul valore aggiunto d'impresa di cui al numero 1) della lettera *c*) del comma 1.

3. I fondi di cui al comma 2 assicurano il finanziamento delle prestazioni di cui all'articolo 2 tenendo conto, per quanto riguarda il fondo regionale, delle specificità di ciascuna regione individuate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. Il fondo sanitario regionale potrà essere incrementato per garantire ai cittadini ulteriori prestazioni integrative mediante l'aumento, definito dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, delle aliquote dell'imposta sul valore aggiunto e ricorrendo al gettito delle forme di autonomia impositiva consentite a livello regionale.

5. Il fondo sanitario nazionale viene ripartito tra tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con delibere del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), sentito il Consiglio sanitario nazionale, sulla base di parametri di spesa articolati per regioni e rappresentativi dei caratteri della domanda di salute, del volume dei servizi, degli obiettivi da conseguire e del costo effettivo delle prestazioni.

6. Al fine di favorire il riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate è istituito un fondo di investimento e sviluppo al quale, per un periodo non inferiore a cinque anni, è destinata una quota pari al 10 per cento annuo della spesa sanitaria. Le regioni sono tenute a destinare una quota pari al 10 per cento dell'intera spesa sanitaria iscritta a bilancio agli investimenti ed alla manutenzione straordinaria.

7. Le regioni sono direttamente responsabili delle spese disposte o autorizzate in eccedenza rispetto alla dotazione loro attribuita e dovranno provvedervi con proprie risorse.

8. Ad ogni esercizio finanziario il Dipartimento di politiche sanitarie di cui all'articolo 5 della presente legge, unitamente alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano opererà le verifiche sulla base degli obiettivi raggiunti e in caso di riscontro negativo provvederà a ridimensionare il finanziamento ad essi finalizzato.

9. Per almeno quattro anni la mobilità interregionale dovrà essere compensata in modo progressivo rispettivamente, per il primo anno nell'ordine del 50 per cento, per il secondo anno nell'ordine del 70 per cento, per il terzo anno nell'ordine del 90 per cento e per il quarto anno nell'ordine del 100 per cento delle spese effettivamente sostenute, secondo tariffe definite a livello nazionale, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e aggiornate su base annua.

ART. 4.

(Governo della spesa).

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dettano norme per l'organizzazione, la gestione economica, finanziaria e patrimoniale ed il funzionamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

2. Entro e non oltre centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del presidente della giunta regionale, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali tutti i beni, mobili e immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che alla data di entrata in vigore della presente legge sono stati trasferiti al patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali.

3. I beni di cui al comma 2 possono essere trasformati per uso o alienati qualora costituiscano passività o ciò sia necessario per finanziare i servizi sanitari.

4. Il Governo, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determinerà, per almeno tre anni, la percentuale di spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo (PIL), tenendo conto del costo reale delle prestazioni da assicurare, con il fine di dare certezza alla spesa futura e nel cui ambito prevedere obiettivi di risparmio e di razionalizzazione.

ART. 5.

(Competenze dello Stato).

1. Le competenze riservate allo Stato sono quelle relative alla definizione degli obiettivi di salute, delle attività e delle prestazioni da assicurare in regime universalistico, alla redistribuzione delle risorse di cui all'articolo 3, ai processi di riequilibrio tra i sistemi sanitari regionali ed agli interventi su problematiche prioritarie.

2. Per l'esercizio delle competenze di cui al comma 1 lo Stato si avvarrà di provvedimenti programmatici mirati e di linee di indirizzo.

3. Le funzioni di cui alle lettere *b), k), l), s)* e *t)* dell'articolo 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trasferite alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, mentre le competenze tecniche relative alle lettere *a), c), d), e), f), h), i), m)* e *n)* del medesimo articolo 6 sono trasferite all'Istituto superiore di sanità.

4. Le funzioni degli uffici periferici del Ministero della sanità, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 614 e al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620, abrogati ai sensi delle lettere *g)* e *h)* del comma 1 dell'articolo 15 della presente legge, sono trasferite alle unità sanitarie locali territorialmente competenti.

5. Il Governo, entro e non oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede alla soppressione del Ministero della sanità ed alla contestuale istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, del Dipartimento

per le politiche sanitarie. Spetta al Dipartimento per le politiche sanitarie proporre il riordinamento delle competenze in relazione all'attuazione delle norme contenute nella presente legge, promuovere forme e progetti di integrazione con il Dipartimento per gli affari sociali, curare i rapporti con gli organi della Comunità europea ed espletare i compiti derivanti dalle nuove competenze europee in materia sanitaria.

6. Il Governo è delegato, entro e non oltre centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, a ridefinire il ruolo e le funzioni, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, degli istituti zooprofilattici, riorganizzandoli in aziende con competenze multizonali, ai sensi dell'articolo 7, e prevedendone contestualmente il trasferimento alle regioni.

7. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, predispone i programmi e le linee di indirizzo di cui al comma 2. Il Governo, ove si discosti dal parere delle Commissioni parlamentari, è tenuto a darne motivazione. I provvedimenti sono adottati d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e hanno natura vincolante. Detti provvedimenti dovranno indicare:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini del riequilibrio territoriale delle prestazioni e dei servizi;

b) gli obiettivi da realizzare, anche mediante l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

c) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata;

d) gli indirizzi relativi ai programmi di aggiornamento e riqualificazione del personale;

e) gli importi degli stanziamenti, nel fondo sanitario nazionale e nel fondo sanitario regionale, distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto

capitale destinati al finanziamento triennale dei piani regionali. Tali stanziamenti dovranno essere recepiti annualmente nella legge finanziaria;

f) i criteri di riparto tra le regioni del finanziamento di cui all'articolo 3.

8. Il Dipartimento per le politiche sanitarie verifica annualmente i risultati conseguiti dalle strutture articolate del Servizio sanitario nazionale, con particolare riguardo ai costi e ai benefici prodotti dagli atti di indirizzo e coordinamento di cui al presente articolo, anche mediante l'adozione di metriche di valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità.

9. Nel caso di riscontrata inadempienza delle singole regioni il Governo, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede, anche con atti sostitutivi, a rimuovere le cause che hanno determinato le inadempienze o gli scostamenti.

ART. 6.

(Competenze delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano esercitano le funzioni legislative, di programmazione, di coordinamento e controllo, in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera secondo i princìpi indicati all'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Rientrano nelle competenze delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano:

a) la determinazione delle linee di organizzazione dei servizi e presìdi delle unità sanitarie locali;

b) l'adozione del piano sanitario regionale triennale, con le modalità previste dai rispettivi statuti;

c) l'emanazione di indirizzi tecnici, di promozione e di supporto nei confronti delle unità sanitarie locali, anche in rela-

zione al controllo di gestione ed alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie;

d) la definizione dell'importo delle quote da iscrivere per ogni anno del triennio nel bilancio delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

e) la contrattazione decentrata regionale e la negoziazione di tutti i processi di riordino e di riorganizzazione;

f) la regolamentazione, sulla base di accordi regionali, dei rapporti con istituzioni sanitarie private;

g) il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali per i quali la legge regionale stabilisce le modalità ed i limiti;

h) la definizione dei criteri di finanziamento delle Aziende in rapporto all'organizzazione dei livelli assistenziali.

3. Le competenze di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trasferite alle regioni. All'Istituto superiore di sanità, dotato di un apposito fondo quantificato nell'ordine dell'1 per cento dell'intera spesa sanitaria, sono affidate le competenze di coordinamento e di indirizzo dell'attività di ricerca, prevista dall'articolo 5, comma 7, lettera *c)* della presente legge.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle linee generali della programmazione, possono costituire in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, secondo quanto previsto all'articolo 7 della presente legge, gli ospedali, ivi compresi, quelli di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, abrogato ai sensi della lettera *d)* del comma 1 dell'articolo 15 della presente legge, che, oltre a svolgere prevalenti attività di alta specialità e essere in possesso dei requisiti necessari per l'esercizio di tali attività, abbiano registrato, nell'ultimo triennio, la presenza di un numero di assistiti provenienti da altre regioni in una percentuale di degenza non inferiore al 20 per cento di tutti i ricoveri.

5. Le regioni, entro e non oltre centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sanciscono l'autonomia funzionale e gestionale degli ospedali, e provvedono alla revisione dell'ordinamento interno, alla riclassificazione delle strutture e al loro riequilibrio territoriale.

ART. 7.

(Unità sanitaria locale-Azienda).

1. L'unità sanitaria locale, organizzata in azienda di servizi, è ente strumentale della regione o delle province autonome di Trento e di Bolzano, è dotata di personalità giuridica e di autonomia patrimoniale, organizzativa, amministrativa, contabile, gestionale e tecnica. L'unità sanitaria locale, articolata in distretti, provvede ad assicurare, nel proprio ambito territoriale, le prestazioni di cui all'articolo 2.

2. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli enti locali, con oneri a carico degli stessi e con contabilità separate.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplinano con legge:

a) la riduzione del numero delle unità sanitarie locali, i cui ambiti territoriali devono comprendere un numero di abitanti superiore a centoventi mila. Nelle aree metropolitane, come definite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, nelle province più popolate, nelle aree montane e in relazione a condizioni territoriali particolari, le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere ambiti territoriali di estensione diversa;

b) i princìpi per la costituzione e l'organizzazione delle unità sanitarie locali, nonché le procedure di nomina e funzionamento degli organi;

c) i criteri per il trasferimento o l'accollo dei rapporti attivi e passivi, facenti capo alle preesistenti unità sanitarie

locali, alle nuove unità sanitarie locali che subentrano nella gestione dei relativi servizi;

d) le modalità e le procedure di finanziamento delle unità sanitarie locali;

e) i criteri per l'esercizio dell'autonomia organizzativa dell'azienda USL;

f) gli ambiti di attività delle unità sanitarie locali.

4. Sono organi delle unità sanitarie locali:

a) il direttore generale;

b) il collegio dei revisori.

5. Il direttore generale sovrintende all'organizzazione, all'attività e al personale della unità sanitaria locale e ne ha la rappresentanza legale. Nella sua attività è coadiuvato da un direttore sanitario e da un direttore amministrativo, che si possono avvalere della consulenza di organismi tecnici, costituiti in applicazione di disposizioni regionali che ne disciplinano la composizione e le competenze.

6. Il direttore generale è nominato dal presidente della giunta regionale o provinciale, su conforme deliberazione della giunta medesima, sentiti il sindaco o il collegio dei sindaci interessati, tra gli iscritti in un apposito elenco nazionale istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

7. I requisiti e le modalità di iscrizione all'elenco nazionale di cui al comma 6 sono stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

8. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono assunti con provvedimento motivato dal direttore generale, tra gli iscritti in appositi elenchi delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. I requisiti di ammissione sono stabiliti dallo stesso decreto di cui al comma 7.

9. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore sanitario e del di-

rettore amministrativo è a tempo pieno, è regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, è rinnovabile e revocabile.

10. Nei casi in cui la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi, dei princìpi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, il presidente della giunta della regione o della provincia autonoma risolve il contratto. La risoluzione del contratto e la contestuale nomina del nuovo direttore generale vengono assunte con deliberazione della giunta regionale e della provincia autonoma, anche dietro richiesta del sindaco e del collegio dei sindaci.

11. Il direttore sanitario e il direttore amministrativo possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato.

12. Il direttore sanitario coordina, con poteri di direttiva, i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e fornisce parere al direttore generale sulle attività e sugli atti relativi alle materie di competenza.

13. Il direttore amministrativo coordina, con potere di direttiva, i servizi amministrativi e fornisce parere al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

14. Sono soppresse le figure del coordinatore sanitario, del coordinatore amministrativo, nonché l'ufficio di direzione e il consiglio dei sanitari.

15. In ogni unità sanitaria locale e azienda ospedaliera è costituito, su base elettiva, un consiglio degli operatori con compiti consultivi tecnico-sanitari. La regione provvede a definire il numero dei componenti, a disciplinare le modalità di elezione nonché la sua composizione, rappresentativa delle varie figure professionali, con particolare riguardo a quelle mediche, infermieristiche, tecniche ed ai laureati sanitari.

16. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità del parere reso dal consiglio degli operatori.

17. Le regioni, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi, provvedono a definire criteri e modalità per la costituzione, nelle aziende USL e ospedaliere, di un servizio infermieristico e tecnico-professionale per una migliore ed efficace risposta alle esigenze di personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza.

18. Il collegio dei revisori svolge funzioni di controllo della regolarità contabile dell'unità sanitaria locale, degli atti relativi alla gestione del patrimonio e del bilancio dell'Azienda. Provvede, altresì, a sottoscrivere i rendiconti, a redigere le relazioni sui bilanci di previsione, sui costi consultivi e sugli stati patrimoniali da trasmettere alla regione o alla provincia autonoma, secondo quanto previsto dall'articolo 4 della presente legge e dai relativi provvedimenti attuativi.

19. Il collegio dei revisori resta in carica per cinque anni ed è composto da un rappresentante della regione o della provincia autonoma con funzioni di presidente, da un rappresentante del sindaco o del collegio dei sindaci e da un rappresentante del Ministero del tesoro.

20. In ogni unità sanitaria locale il sindaco, quale primo garante del rispetto e della tutela dei diritti della persona, o il collegio dei sindaci, o quello dei presidenti di circoscrizione delegati dal sindaco stesso:

a) contribuisce alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione generale dell'attività, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale e alla regione o provincia autonoma;

b) formula proposte per la modificazione degli ambiti territoriali dell'unità sanitaria locale;

c) esprime il proprio parere sui protocolli di intesa con le università e per lo svolgimento delle funzioni assistenziali;

d) formula proposte per la gestione di attività o servizi socio-assistenziali

per conto dei comuni e per l'approvazione dei conseguenti atti amministrativi;

e) verifica l'andamento generale delle attività e invia una relazione annuale al presidente della giunta regionale o della provincia autonoma ed ai consigli comunali;

f) esprime un parere sulle articolazioni dell'unità sanitaria locale in distretti sanitari di base;

g) esamina il bilancio di previsione e il conto consuntivo e rimette alla regione o alla provincia autonoma le relative osservazioni.

21. Nelle aree metropolitane le regioni possono delegare le loro competenze ai sindaci ed ai comuni trasferendo i relativi vincoli di responsabilizzazione finanziari e organizzativi, secondo quanto previsto dalla legge 8 giugno 1990, n. 142.

ART. 8.

(Distretti socio-sanitari di base).

1. La legge regionale definisce i criteri e le norme per la costituzione e il funzionamento dei distretti socio-sanitari di base quali articolazioni territoriali delle unità sanitarie locali con ambiti di riferimento definiti sulla base di criteri di ottimalità e di autonomia gestionale.

2. Il distretto è il luogo dell'integrazione dei servizi sociali dei comuni e dei servizi di base delle unità sanitarie locali.

3. La responsabilità gestionale dei distretti è affidata ad un dirigente dell'unità sanitaria locale cui vengono delegate funzioni, rispettivamente, del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo.

4. Il sindaco o il collegio dei sindaci possono delegare, per ogni distretto socio-sanitario di base, le funzioni a loro attribuite dall'articolo 7, ai presidenti o al presidente di circoscrizione in cui può articolarsi il distretto.

5. Il distretto socio-sanitario quale modalità di aggregazione ed erogazione dei

servizi rispondente ai princìpi della medicina di comunità, determina la riorganizzazione della medicina e pediatria di base. In sede di accordo nazionale i medici di guardia medica addetti all'emergenza e i medici dei servizi e specialisti ambulatoriali sono inseriti nel rapporto di impiego limitatamente ai casi di prestazione ad alto impegno orario. Nella stessa sede e per i casi residui sarà prevista la trasformazione della convenzione in rapporti con liberi professionisti. Saranno definite, altresì, le tariffe, gli orari e i tipi di prestazioni richiesti ai medici liberi professionisti.

ART. 9.

(I rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel quadro della programmazione sanitaria, stipulano specifici protocolli di intesa con le università per regolamentare l'apporto delle Facoltà di medicina alle attività assistenziali del Servizio sanitario regionale.

2. Nei protocolli di cui al comma 1 dovranno essere indicate le strutture del Servizio sanitario regionale alle quali affidare funzioni didattiche, ad integrazione di quelle universitarie, prevedendo l'apporto all'insegnamento di personale laureato e qualificato dipendente dal Servizio sanitario nazionale, e le modalità attuative da regolare attraverso apposite intese tra le università, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere interessate.

3. Il finanziamento della regione riguarderà esclusivamente le attività assistenziali effettivamente svolte dalle università, le quali dovranno, per tale aspetto, attenersi alle linee della programmazione regionale nel rispetto delle proprie finalità istituzionali, didattiche e scientifiche.

4. Il personale dipendente dalle università che concorre alle attività assistenziali è tenuto all'osservanza degli stessi obblighi professionali richiesti per quello del Servizio sanitario nazionale, relativamente a turnazione, incarichi e responsabilità.

5. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specialisti ed all'accesso ai ruoli del servizio sanitario medesimo, le regioni individuano i presìdi e i servizi delle aziende, in possesso dei requisiti per lo svolgimento della formazione specialistica *post lauream*, programmando il numero degli specialisti da formare per le proprie necessità, tenuto conto anche della programmazione universitaria.

6. La titolarità delle scuole di specializzazione svolte presso i presìdi e i servizi del Servizio sanitario nazionale, nonché quella dei corsi di insegnamento, previsti dall'ordinamento didattico universitario, è affidata al personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale, in possesso dei requisiti previsti.

7. A tutti gli effetti di legge i diplomi di specializzazione conseguiti nei servizi e presìdi del Servizio sanitario nazionale sono equiparati a quelli conseguiti presso le università.

8. La formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene nell'ambito dei presìdi del Servizio sanitario nazionale.

9. L'ordinamento didattico relativo ai diplomi universitari 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, da emanare di concerto con il Dipartimento per le politiche sanitarie.

10. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private 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.

11. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata a personale del ruolo sanitario, dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti.

12. I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente.

13. 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 della presente legge garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso.

14. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinato dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

15. 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.

ART. 10.

(Prontuario terapeutico).

1. Il Presidente del Consiglio dei ministri, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le Commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, approva, con proprio decreto, dall'elenco dei farmaci giudicati ammissibili dall'Istituto superiore di sanità, la farmacopea base quale elenco dei preparati galenici e delle specialità medicinali, decisi nell'ambito delle prestazioni di cittadinanza di cui all'articolo 2.

2. Con legge regionale è definito e approvato il prontuario terapeutico regionale, che dovrà comprendere obbligatoriamente ed uniformemente per tutto il territorio nazionale l'elenco delle specialità di cui al comma 1, nonché le ulteriori specialità integrative di quelle obbligatorie, di cui saranno disciplinate le modalità di acquisizione con riferimento all'articolo 2, comma 2.

3. Entro e non oltre centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Dipartimento per le politiche sanitarie, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, provvede in attuazione degli articoli 29 e 31 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, alla ridefinizione della disciplina del farmaco.

4. Gli assistiti potranno ottenere dalle farmacie convenzionate, su presentazione di ricetta compilata dal medico dipendente o a contratto secondo i criteri e le modalità stabiliti dalla legge, le prestazioni di assistenza farmaceutica di cui necessitano.

ART. 11.

(Competitività ed efficienza).

1. Il cittadino è libero di scegliere tra i servizi offerti dalla unità sanitaria locale del luogo in cui risiede, dalla regione in cui risiede ovvero dalle altre regioni.

2. Ai fini di cui al comma 1 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvederanno a riclassificare l'intera rete di servizi delle unità sanitarie locali in classi di spesa, secondo parametri di correlazione tra le attività svolte, gli specifici bacini di utenza, le risorse umane e strumentali e gli indicatori di complessità della domanda.

3. Con riferimento ai parametri di cui al comma 2, le regioni, sentiti i direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, definiranno i *budget* di servizio sulla base di procedure e tecniche di rilevazione dei profili economici di spesa e prevederanno modalità atte a responsabilizzare gli operatori circa la gestione ed il rispetto dei medesimi.

4. La quantificazione dei *budget* di cui al comma 3 dovrà essere commisurata all'entità ed alla qualità della domanda realmente espressa, tenendo conto delle classi di spesa in corrispondenza con singoli o con gruppi integrati di servizi, secondo un criterio di proporzionalità.

5. Le regioni, ai fini di accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività di servizio, predispongono, con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, schemi di protocolli di incentivazione, da contrattare a livello aziendale e volti alle messa in opera di programmi concordati con il direttore generale, al fine di ottimizzare l'allocazione delle risorse professionali e favorire forme di organizzazione integrata del lavoro.

6. La legislazione regionale agevolerà, nell'ambito del sistema pubblico, la costituzione di rapporti integrati e associati tra le diverse tipologie di assistenza, verso cui il cittadino eserciterà la libera scelta in particolare con lo scopo di incrementare la medicina di comunità, l'integrazione distrettuale e dipartimentale.

7. La retribuzione del medico e del pediatra di base è definita in sede di contrattazione nazionale e regionale, da una quota di retribuzione fissa e costante, da una quota dipendente dalla libera scelta del medico curante effettuata dal cittadino e calcolata tenendo conto delle caratteristiche demografiche epidemiologiche e sociali dell'utente, e da quote aggiuntive contrattabili a livello di unità sanitaria locale connesse al conseguimento di obiettivi concordati e verificati con la stessa azienda e definiti sulla scorta di protocolli diagnostico-terapeutici per l'ottimizzazione dei livelli qualitativi e quantitativi delle risorse. Parimenti la retribuzione degli altri operatori è ridefinita in sede di contrattazione nazionale e regionale legando alcune variabili salariali, oltre alle componenti fisse e accessorie, all'andamento del lavoro effettivamente prestato nonché al raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia e efficienza.

8. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, nel caso organizzino i servizi secondo sistemi di attività integrate, potranno allocare le risorse secondo *budget* di gruppo, di distretto o di dipartimento fermi restando i criteri definiti dal presente articolo.

9. Entro e non oltre sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni e le province auto-

nome di Trento e di Bolzano provvedono alla revoca delle convenzioni con le strutture di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, abrogato ai sensi della lettera *d)* del comma 1 dell'articolo 15 della presente legge.

10. Contestualmente a quanto previsto dal comma 9 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ridefiniranno con le strutture private, che siano in possesso dei requisiti stabiliti regionalmente, i rapporti contrattuali per acquisire prestazioni secondo criteri di economicità, efficacia e trasparenza.

11. Al personale dipendente delle strutture già convenzionate si applicano misure di mobilità, a parità di qualifica, volte prioritariamente a completare gli organici del servizio pubblico sanitario. Alle eccedenze di personale risutanti si applicano le norme contenute nella legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni e integrazioni.

12. Il Servizio sanitario nazionale si avvale di personale dipendente o a contratto.

13. Il rapporto di lavoro di tale personale è disciplinato da accordi nazionali di lavoro.

14. Per gli operatori del Servizio sanitario nazionale vale il principio di incompatibilità con ogni altra attività anche in applicazione degli articoli 2105 e 2125 del codice civile, fatte salve le prestazioni libero-professionali interne secondo criteri definiti in sede di contrattazione collettiva a livello decentrato.

ART. 12.

(Qualità dei servizi, diritti dei cittadini).

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, le unità sanitarie locali adottano, in via ordinaria, il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni sanitarie, della modalità di accesso ai servizi e dell'informazione ai cittadini sugli stessi.

2. Il metodo è assicurato con un sistema di indicatori, definiti dall'Istituto

superiore di sanità, sentite le regioni e le organizzazioni sindacali confederali più rappresentative e l'organizzazione dell'utenza e approvati dal Consiglio sanitario nazionale.

3. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, sulla base delle direttive dell'Istituto superiore di sanità, adottano i metodi di monitoraggio sistematico delle attività, dell'efficacia e delle procedure per la diagnosi e il trattamento delle malattie, e dell'uso delle risorse, nonché della verifica dei risultati ottenuti e della qualità della vita dei pazienti.

4. Le regioni sono tenute a promuovere regolari consultazioni con i cittadini organizzati, con le organizzazioni sindacali e di volontariato in ordine alle scelte di programmazione regionale. A tal fine le regioni istituiscono una Consulta regionale definendone il regolamento e la composizione, mediante la presenza delle organizzazioni di tutela dei diritti, delle organizzazioni del volontariato, dei patronati sindacali, e delle organizzazioni sindacali più rappresentative.

5. Ai fini di cui al comma 4 le unità sanitarie locali istituiscono, in base ai criteri definiti regionalmente, commissioni di utenti di distretto, alle quali far pervenire periodicamente i risultati dell'applicazione dei metodi di monitoraggio di cui al comma 3.

6. Al fine di tutelare i diritti dei cittadini il sindaco, o il collegio dei sindaci, nomina un Garante per la durata di un anno, non rinnovabile. Il Garante ha compiti di controllo e denuncia ed è privo di poteri di amministrazione attiva dell'assistenza. In particolare, il Garante ha il potere di disporre l'audizione dell'operatore sanitario competente, di fissare l'esame congiunto del caso controverso, di richiedere gli adempimenti necessari, nonché quelli previsti dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, di proporre agli organi responsabili le eventuali misure disciplinari a carico degli operatori sanitari e la eventuale revoca dall'incarico del direttore generale. L'assunzione dei compiti di amministrazione attiva dell'assistenza o la proposizione di interventi per interesse pri-

vato dà luogo alla decadenza dall'incarico, disposta dal sindaco, previa segnalazione da parte di chiunque ne abbia interesse.

7. La Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvederà a definire una « carta dei diritti di cittadinanza » che sarà distribuita al momento dell'accesso al servizio pubblico, unitamente ad una scheda per l'eventuale segnalazione al Garante e ai responsabili delle carenze in ordine alle prestazioni sanitarie ricevute.

8. Le regioni sono tenute a definire iniziative di formazione e di aggiornamento del personale a contatto con il pubblico sui temi relativi alla tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze delle organizzazioni degli utenti e delle rappresentanze professionali e sindacali.

ART 13.

(Disciplina degli appalti di forniture). di tecnologie medicali).

1. È istituito presso il Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato l'albo dei fornitori di tecnologie medicali.

2. Le regioni, con propri provvedimenti, sono tenute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, a disciplinare la contrattazione delle commesse pubbliche e le procedure di aggiudicazione degli appalti di pubbliche forniture, sulla base del vincolo della verifica periodica dell'idoneità delle imprese partecipanti alle gare, anche attraverso la costituzione dell'albo dei fornitori certificati per le diverse tipologie di forniture, e sulla base del principio relativo al raccordo tra i soggetti appaltanti forniture pubbliche omogenee, a qualsiasi livello, e quindi ricorrendo alla modalità dell'impianto unico per tutte le commesse pubbliche.

3. In particolare, per quanto attiene la fornitura per le manutenzioni ordinarie e la fornitura di tecnologie medicali, le aziende USL sono tenute, nel primo caso,

a recuperare alla gestione diretta quelle lavorazioni che, altrimenti appaltate prefigurerebbero costi maggiori e, comunque, a far assumere ai servizi manutentivi a gestione diretta una funzione di controllo sul lavoro eseguito dalle ditte appaltatrici; nel secondo caso le regioni sono tenute a predisporre « una commissione per la valutazione delle tecnologie », che, sulla base di *standard* minimi di tecnologie sanitarie definiti a cadenze triennali individui sia le procedure di acquisto sia le ditte più idonee, secondo criteri di rigorosa efficacia e economicità, e comunque nel pieno rispetto delle direttive comunitarie in materia.

ART 14.

(Norme finali).

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo adotterà i necessari provvedimenti legislativi per ridefinire i profili istituzionali del Dipartimento per le politiche sanitarie e di tutto l'apparato istituzionale centrale ad esso riferentesi (I-SPELS, ISS), nonché le questioni attinenti ad una più efficace tutela ambientale, fermo restando che le attività di prevenzione dei rischi ambientali e lavorativi dovranno essere riorganizzate secondo il principio dell'unitarietà tra prevenzione ambientale e prevenzione nei luoghi di lavoro, attraverso la scelta della dipartimentalizzazione.

2. Il Governo, sentite le competenti Commissioni parlamentari, adotterà altresì, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i necessari provvedimenti per ricomporre i flussi di spesa destinati all'assistenza e conseguentemente definire un apposito fondo sociale nazionale, attraverso il quale finanziare anche le specifiche attività degli enti locali.

ART 15.

(Abrogazione di norme).

1. Sono abrogati:

a) l'articolo 6 del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni dalla legge 14 novembre 1992, n. 438;

b) l'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

c) il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; *d*) gli articoli 3, 5, 14, primo e secondo comma, 15, 30, 37, 39, 42, 44, 47, 48, 53, 54, 55, 56 e 59 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

e) il decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 1991, n. 111;

f) l'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

g) il decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 614;

h) il decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620.

2. Con effetto dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogate tutte le altre disposizioni con essa incompatibili, salvo che la legge stessa preveda tempi diversi per la cessazione della loro efficacia.

Stampato su carta riciclata ecologica

DDL11-2874
Lire 1000