CAMERA DEI DEPUTATI N. **4230**-A

RELAZIONE DELLA XII COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI SOCIALI)

presentata alla Presidenza il 15 maggio 1998

(Relatore: **BOLOGNESI**)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ

(BINDI)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DEL TESORO
E DEL BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(CIAMPI)

E CON IL MINISTRO PER LA FUNZIONE PUBBLICA E GLI AFFARI REGIONALI

(BASSANINI)

—

Delega al Governo per la razionalizzazione
del Servizio sanitario nazionale

Presentato il 9 ottobre 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il nostro paese si è dotato in ritardo, rispetto ad altri Paesi occidentali industrializzati, di un Servizio sanitario nazionale come in Gran Bretagna, in Svezia e in Canada, paesi che, nell'ambito della realizzazione di un sistema di sicurezza sociale moderno ed efficiente, avevano adottato tale modello tra il primo dopoguerra e gli anni '60.

Tale sistema, finalizzato a garantire a tutti i cittadini un insieme coerente di prevenzione, cura e riabilitazione, a prescindere dalla classe sociale, sembrò al legislatore coerente con il dettato dell'articolo 32 della Costituzione. La legge n. 833 del 1978 superava il sistema mutualistico, che aveva consentito sia grandi differenze nell'erogazione di prestazioni tra categorie diverse sia lo stato di abbandono in cui versavano ampi settori di popolazione, non coperti da alcun garanzia e con l'accesso alle prestazioni d'emergenza in uno stato di sostanziale marginalità. Per non parlare del sistema della prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro curato dallo Stato centrale e dal modello del medico provinciale e degli ufficiali sanitari comunali, sicuramente non più adeguato, rispetto ai nuovi rischi per la salute introdotti dai processi di modernizzazione della società e della produzione.

Il nostro SSN prima di vedere la propria nascita era stato già sperimentato in alcune regioni e in alcuni comuni pur nella diversità di modelli e scelte territoriali: dalla rete capillare di ospedali e ambulatori del Veneto e del Friuli, ai servizi di medicina del lavoro e i consultori dell'Emilia e della Toscana, dall'apertura al territorio delle università e delle facoltà di medicina anche in grandi città come Roma e Milano alla sperimentazione per la lotta alle dipendenze e ancora al superamento degli ospedali psichiatrici, dalla comprensione del forte nesso tra ambiente e salute fino allo sviluppo della ricerca epidemiologica.

Contestualmente all'approvazione in Italia, a larghissima maggioranza, della legge n. 833, in molti paesi europei iniziavano i primi processi di revisione dello stato sociale, giudicato costoso e non sempre efficiente. In Italia errate politiche dei governi nazionali, lo storico ritardo di alcune regioni, l'inefficienza non sempre casuale della pubblica amministrazione, hanno portato ad una realizzazione molto carente del SSN, soprattutto in alcune aree del paese, cui si è accompagnato un problema di scarsità di risorse dovuto in parte ad un incongruo utilizzo delle stesse, ma anche dall'espandersi della domanda di prestazioni sanitarie legate al combinato effetto dell'allungarsi della vita media, dovuto ai progressi diagnostico-terapeutici, al conseguente instaurarsi di patologie cronico-degenerative e all'aumento dell'offerta di prestazioni diagnostiche e terapeutiche non sempre appropriate o efficaci. Di qui il dilatarsi della spesa sanitaria, nell'ambito dell'estendersi del debito pubblico, sebbene in misura minore, nella percentuale rispetto al PIL di altri paesi UE e OCSE e le conseguenti politiche restrittive degli anni '90 affiancate alla necessità di una vera efficacia organizzativa dei servizi pubblici.

Accanto ad una giusta esigenza di contenimento e razionalizzazione della spesa e di ricerca di efficienza e qualità del servizio reso ai cittadini, sono state tuttavia promosse anche politiche atte a scardinare il principio stesso di un SSN universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, equo perché vicino ai più deboli che non sono solo gli indigenti ma i malati, gli anziani, i bambini, le donne, coloro che si ammalano a causa del lavoro insalubre o

dell'ambiente inquinato. Il problema non era costruire un SSN per i poveri, ma semmai combattere la povertà che causa malattia e garantire il SSN come diritto civile e sociale per tutti proprio affinché lo sia per ognuno.

Il sistema disegnato dalla legge n. 833 non ha potuto sostenere questo insieme di contraddizioni né il diffuso e giusto malessere dei cittadini alimentato anche in parte da ingenerose campagne di stampa, sebbene motivate da effettivi fenomeni di cattivo funzionamento.

Una prima risposta alle difficoltà organizzative e di funzionamento del SSN è stata offerta con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, la cui impostazione riflette alcuni dati di contesto ed elaborazioni scientifiche non pienamente validate. I decreti legislativi citati introducono principi tuttora validi e attuali: il riconoscimento della responsabilità politica piena delle regioni e dei comuni, attraverso la conferenza dei sindaci, il superamento del comitato di gestione, l'introduzione del direttore generale come figura responsabile e dotata di effettivo potere decisionale, il consiglio dei sanitari quale sede elettiva di confronto tra la direzione e la dirigenza, l'introduzione del sistema dei centri di costo, del controllo di gestione e della verifica e revisione di qualità.

La realizzazione dei due principi cardine dei decreti legislativi nn. 502 e 517, la regionalizzazione e la aziendalizzazione, si è scontrata, da una parte, con la tradizionale inefficienza dello Stato centrale e la debolezza di alcuni governi del sistema delle autonomie, e, dall'altra, con la stessa disciplina del SSN, che mutua la normativa sul pubblico impiego. Solo con il decreto legislativo n. 29 del 1993, alcuni contratti collettivi nazionali di lavoro e, soprattutto, con la recente legge n. 59/97 ed i relativi decreti attuativi, sono stati definiti meccanismi diversi di funzionamento della PA, che consentono di promuovere l'aziendalizzazione del sistema. Sul versante del contenimento della spesa, se è vero che il sistema di pagamento a tariffa delle prestazioni (DRG) ha aumentato le possibilità di controllo, soprattutto nel settore privato convenzionato, è pur vero che esso ha irrigidito il funzionamento della struttura pubblica. Non a caso il meccanismo è in corso di revisione da parte delle stesse compagnie assicurative USA, che per prime lo hanno adottato, essendo necessario, per assicurare risultati apprezzabili un sistema efficiente e costoso di controllo. In Gran Bretagna, del resto, il sistema di controllo dei DRG è stato responsabile di una lievitazione della spesa stessa.

Con l'entrata in vigore dei decreti legislativi nn. 502 e 517, alcuni aspetti critici del sistema previsto dalla legge n. 833 non hanno tuttavia subito sostanziali miglioramenti: dal ruolo dei medici convenzionati, e in particolare di quel delicato snodo che è il medico di base, ordinatore di spesa, al rapporto tra Università e SSN, dal gran numero di medici non sempre sufficientemente qualificati alla mancata realizzazione delle aziende per i policlinici universitari, dall'insufficiente ruolo dei Comuni alle carenze dei rapporti, spesso conflittuali, tra i due livelli istituzionali competenti, le regioni e lo Stato centrale. Lo stesso Piano sanitario nazionale, mai emanato sino al 1994, ha disatteso nei contenuti il dettato del Dlgs 502/92; l'integrazione tra sociale e sanitario non ha trovato mai vera realizzazione a causa di una arretrata legislazione nazionale sull'assistenza, alla cui riforma stanno oggi lavorando Governo e Parlamento, e delle modalità di realizzazione del distretto sanitario diventato, nei fatti, solo una articolazione amministrativa dell'azienda USL, più che il livello dove avviene l'integrazione tra medicina di base e servizi sociali.

Molti altri punti dei citati decreti legislativi sono risultati inefficaci o, alla prova dei fatti, hanno innescato dinamiche dagli esiti incerti. I problemi sicuramente più evidenti sono quelli che riguardano il mancato controllo della spesa, l'incapacità del sistema di rispondere efficacemente ai nuovi bisogni sanitari e di conciliare l'obiettivo del pareggio di bilancio, imposto a ciascuna azienda sanitaria locale, con alcuni selezionati obiettivi di salute. Le ultime manovre di bilancio hanno tentato di apporre correzioni al modello sin qui

descritto: l'introduzione di protocolli diagnostici e terapeutici finalizzati ad una prescrizione corretta, la esclusività del rapporto di lavoro per il medico dipendente del SSN, una diversa articolazione della spesa farmaceutica, in un quadro di non riduzione del fondo sanitario nazionale.

L'esigenza di correggere organicamente gli aspetti inefficaci e lacunosi della disciplina recata dai decreti legislativi nn. 502 e 517 hanno portato il Governo a presentare il disegno di legge in esame, significativamente modificato nel corso dell'esame in sede referente da parte della Commissione, a seguito di un'attenta attività istruttoria, svolta secondo le previsioni della circolare del Presidente della Camera del 10 gennaio 1997.

Acquisito il parere della Conferenza unificata Stato - regioni - città, la Commissione, tramite il Comitato ristretto appositamente nominato, ha proceduto ad un breve programma di audizioni informali ed all'acquisizione di altri contributi dei soggetti interessati.

In particolare, sono stati sentiti:

a) i rappresentanti delle associazioni sindacali, sia di categoria che confederali, che hanno ribadito la centralità del Servizio sanitario nazionale e posto l'accento sull'importanza dell'integrazione socio-sanitaria nonché del ruolo piano sanitario nazionale nella definizione dei livelli essenziali di assistenza. È stata inoltre sottolineata la peculiarità della dirigenza sanitaria e la necessità di andare verso l'esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;

b) i rappresentanti di Confindustria che hanno, invece, proposto un sistema alternativo che prevede il finanziamento integrale delle spese sanitarie per le sole fasce più deboli, corrispondenti a circa il 25 per cento della popolazione, e nel finanziamento soltanto parziale degli altri cittadini, che dovrebbero contribuire con assicurazioni obbligatorie;

c) i rappresentanti delle altre associazioni di categoria (Confcommercio e Confesercenti) che hanno sottoposto all'attenzione i problemi dei lavoratori autonomi, sottolineando la necessità di rafforzare la mutualità integrativa.

d) i rappresentanti della Federazione nazionale dell'ordine dei medici, che, nel ribadire il sostegno al servizio pubblico, si sono soffermati sulla necessità della programmazione della formazione delle professioni sanitarie, ed in particolare dell'accesso alle facoltà, e sull'informazione del cittadino, che intende sempre più essere partecipe delle scelte in campo sanitario;

e) le associazioni dei cittadini, che hanno invece sottolineato i problemi relativi alla sicurezza, alla qualità ed alla garanzia per gli utenti, anche in riferimento al controllo della qualità dei servizi sanitari da parte dei cittadini e delle associazioni di volontariato;

f) i rappresentanti del mondo accademico, che hanno sottolineato l'opportunità di giungere ad uno stato giuridico differenziato tra personale medico universitario e personale medico del Servizio sanitario nazionale, la necessità di attuare una seria programmazione degli accessi alle facoltà mediche e della formazione permanente dei medici;

g) le regioni ed i comuni. Per quanto riguarda il ruolo delle regioni e degli enti territoriali minori, un documento della Conferenza degli assessori regionali alla sanità ha sottolineato l'importanza di portare a compimento il processo di regionalizzazione e la necessità di ridefinire i rapporti tra Stato, regioni ed enti locali, mentre i rappresentanti dell'ANCI si sono soffermati sull'integrazione socio-sanitaria, che deve vedere protagonisti i comuni e le associazioni di cittadini, e sulla opportunità di rivedere il rapporto dei comuni con le regioni, secondo uno schema che vede la programmazione regionale coordinata con quella locale, mentre i direttori generali delle aziende sanitarie devono essere gli esecutori di tale programmazione. Le proposte della Conferenza unificata sono state accolte dalla Commissione, in particolare per quanto attiene il ruolo dei comuni nella programmazione sanitaria e nella procedura di revoca dei direttori generali.

I pareri delle Commissioni competenti e del Comitato per la legislazione, reso ai sensi dell'articolo 16-*bis* del regolamento, completano il quadro di riferimento della istruttoria legislativa relativa al disegno di legge in esame. La Commissione ha recepito due delle quattro condizioni poste dal parere del Comitato per la legislazione: i princìpi ed i criteri direttivi di delega sono stati, infatti, inseriti in un unico articolo ed il titolo è stato modificato in corrispondenza del contenuto del disegno di legge. La Commissione non ha, invece, ritenuto di sopprimere l'articolo 5 (il cui contenuto è stato trasferito all'articolo 3, comma 2), che chiarisce un delicato aspetto dei rapporti tra università e sanità, e non ha ripristinato l'originaria disposizione dell'articolo 1, comma 3, allo scopo di rafforzare la posizione del Parlamento. Le condizioni poste dai pareri delle Commissioni competenti non sono state integralmente recepite: in particolare, in qualità di relatore non ho ritenuto di proporre, come richiesto dai pareri delle Commissioni bilancio e lavoro, la soppressione della disposizione che prevede la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare contratti di formazione lavoro della durata di cinque anni nell'ambito di specifici programmi, in considerazione dell'elevato livello della disoccupazione medica che dovrebbe risultare alleggerita dalla previsione della facoltà indicata, né le modifiche, pure richieste dalla Commissione bilancio, delle parti relative alla definizione del piano sanitario nazionale, che stabiliscono un imprescindibile nesso tra gli obiettivi di salute individuati dalla programmazione nazionale e le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione di quegli stessi obiettivi, ovvero alle modalità per pervenire all'effettivo superamento delle convenzioni con i medici della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali che ripetono il modello recepito dalla legge n. 449 del 1997, collegata alla manovra di finanza pubblica.

Venendo, quindi, alle modifiche introdotte dalla Commissione, si è voluto enfatizzare la missione del SSN nella prioritaria difesa e tutela degli obiettivi di salute definiti dal piano sanitario nazionale, cui rapportare corrispondenti e appropriati finanziamenti, accanto alla conferma del processo di regionalizzazione e di razionalizzazione dell'uso delle risorse, anche nella verifica del processo di aziendalizzazione.

Nella collaborazione tra pubblico, privato e privato sociale non a fini di lucro, si è individuato l'asse per una migliore erogazione dei servizi più che per lo svolgimento di una competizione tra questi, alla fine giocata su parametri puramente economici.

Si è voluto, inoltre, tra i principi direttivi della delega, valorizzare il ruolo di partecipazione dei cittadini e degli operatori nonché la necessità per il SSN di verificare l'appropriatezza e la efficacia delle prestazioni.

Tra le altre modifiche introdotte è di particolare rilievo quella relativa allo Stato centrale: se la legge n. 59 ed i relativi decreti attuativi sono finalizzati ad una riallocazione delle competenze tra centro e periferia e alla conseguente trasformazione dell'amministrazione centrale, la Commissione ha voluto evidenziare la necessità di una effettiva distinzione tra programmazione e politica sanitaria, da un lato, e compiti e funzioni tecnico scientifici dall'altro, particolarmente complessi, in sanità, da allocare in un centro di eccellenza qual è l'Istituto superiore di sanità, e nelle strutture di alto profilo tecnico quali l'ISPESL e l'agenzia per i servizi sanitari regionali il cui ruolo evolve da quello di agenzia di ricerca a quello di organo di raccordo tra Stato e regioni per la valutazione e il monitoraggio dei servizi e delle prestazioni sanitarie. L'agenzia diventa, infatti, la struttura centrale, "cogestita" da Stato e regioni – secondo modalità tali che la rendono una sperimentazione di indubbio interesse anche per altri settori della PA – deputata a individuare e segnalare al Ministro, in collaborazione con le regioni, le inefficienze del SSN, anche per attivare i poteri sostitutivi o le penalizzazioni previste dalla legislazione vigente, nel caso di inadempienza da parte delle regioni. Con queste disposizioni il disegno di legge tenta

di risolvere il problema determinato dalla necessità di assicurare livelli uniformi di prestazioni e di servizi sul territorio nazionale, nel rispetto della autonomia delle singole regioni, in ossequio al principio della leale collaborazione da tempo elaborato dalla giurisprudenza costituzionale.

Il disegno di legge intende rafforzare il ruolo dei comuni, anche attraverso i loro organismi di rappresentanza, nei processi di programmazione sanitaria e di valutazione delle prestazioni erogate, senza modificare l'assetto di governo delle aziende né rompere il rapporto fiduciario tra il direttore generale e la regione, secondo la proposta della Conferenza unificata, accolta anche nella parte in cui prevede la modifica dei criteri di nomina dei direttori generali, in coerenza con i principi della aziendalizzazione, della privatizzazione del rapporto di lavoro e di responsabilità gestionale. Ai comuni è, infine, consentita la possibilità di assicurare livelli superiori di assistenza con proprie risorse, escludendosi espressamente l'assunzione di responsabilità di gestione diretta delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Con riferimento alla complessa tematica del rapporto tra sociale e sanitario e alla relativa integrazione, si demanda ad un atto di indirizzo e coordinamento, da definire secondo alcuni principi, l'individuazione delle aree di integrazione, e si fissano, al riguardo, alcuni criteri direttivi relativi alle professioni operanti in questo settore.

Particolarmente innovativa è la parte inerente la dirigenza del ruolo sanitario del SSN che, ferma restando l'attuale articolazione tra primo e secondo livello, nella piena autonomia professionale di ciascuno dei due livelli, prevede l'individuazione di una dirigenza con prevalente contenuto gestionale e di una dirigenza con prevalente contenuto professionale, al fine di distinguere le relative responsabilità in vista di una progressiva privatizzazione del rapporto di lavoro. Si definisce ulteriormente il percorso per arrivare ad una effettiva esclusività del rapporto di lavoro, prevedendo risorse premiali specifiche sul FSN.

Relativamente alla formazione e all'aggiornamento del personale sanitario si prevede che ciò avvenga in accordo con la programmazione regionale in base ad apposite linee guida e la rilevazione del fabbisogno di personale, sono stati, inoltre, previsti posti aggiuntivi nelle scuole di specializzazione per le figure non mediche della dirigenza del ruolo sanitario. Attualmente, la specializzazione è un requisito obbligatorio per l'accesso al primo livello dirigenziale del SSN, ma i corsi di specializzazione, a numero chiuso ma retribuiti, in base alle normative UE, sono previsti solo per i medici. Non si è ritenuto che tale norma, di non immediata applicazione, potesse comportare ostacoli alla libertà di circolazione delle persone e costituisse, pertanto, violazione dei principi della normativa comunitaria: conseguentemente la richiesta delle Commissioni bilancio e cultura di sopprimere tali disposizioni non è stata accolta.

Per quanto attiene ai rapporti tra università e sanità, si prevede che tramite appositi protocolli di intesa introdotti dal decreto legislativo n. 502, da predisporre sulla base di apposite linee guida, siano individuate le strutture sanitarie di cui le regioni si avvalgono per le attività assistenziali, al fine di garantire che l'eventuale sviluppo di strutture sanitarie per finalità diverse, non coincidenti con quelle del SSN non gravino sul fondo sanitario nazionale. Per la ricerca biomedica si prevede, d'intesa tra i Ministri competenti, il raccordo con il PSN e il coordinamento della stessa.

Il Piano sanitario nazionale continua a rappresentare lo strumento essenziale della programmazione sanitaria ma, rispetto alle definizioni previste dalla normativa in vigore, si determinano principi per individuare i livelli di assistenza non solo uniformi ed essenziali ma anche efficaci ed appropriati per garantire che la spesa non si disperda attorno a prestazioni inutili, se non dannose, concentrando le risorse, da definire nel FSN, solo su interventi effettivamente utili in base ai progressi tecnico-scientifici. È indubbio che una delle cause di cattivo funzionamento del SSN, quali la lunghezza delle liste di

attesa, è determinata dalla grande quantità di richieste non sempre necessarie che sottraggono energie agli interventi prioritari. Giova ricordare che i protocolli diagnostico terapeutici, attraverso una selezione delle prestazioni per età, sesso e patologia consentiranno di intervenire correttamente sul fronte della domanda.

L'individuazione dei criteri di valutazione in quantità e qualità delle prestazioni e la certificazione di qualità è demandata ad appositi organismi scientifici del SSN.

Il già citato problema dei distretti e dell'integrazione in essi tra sanitario e sociale passa attraverso la ridefinizione del ruolo del medico e del pediatra di base e l'assegnazione di un fondo di distretto al quale commisurare i risparmi ottenuti e i relativi incentivi previsti dalla convenzione per la medicina generale affinché, diversamente dal modello inglese, eventuali risparmi non vengano adottati da ogni singolo medico a spese del paziente. A garantire l'effettiva integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri all'interno del distretto si prevede la creazione di un organismo di raccordo interno all'azienda.

Il disegno di legge precisa il ruolo delle forme integrative di assistenza limitandole alle prestazioni che non siano previste dal PSN, prevedendo la possibilità per gli Enti locali di partecipare alla gestione degli stessi.

Rispetto a quanto previsto dal testo del Governo, sono stati rafforzati gli strumenti per la partecipazione dei cittadini e degli operatori, estendendo le competenze del consiglio dei sanitari alla programmazione e alla valutazione.

Di fronte ai numerosi problemi creati dalla attuale definizione dei criteri di individuazione delle aziende sanitarie, ma nella consapevolezza dei rischi di modificare in corso d'opera gli attuali assetti, si delega il Governo a precisarne criteri distintivi e caratteristiche organizzative minime, sottolineando la rilevanza nazionale delle aziende ospedaliere.

Di particolare importanza, in conseguenza di quanto detto in premessa sui DRG, è lo sviluppo di criteri precisi di orientamento per una articolazione diversa del sistema di remunerazione delle prestazioni: è importante infatti operare una distinzione tra i diversi soggetti che concorrono, nella loro diversità di missione, all'erogazione di servizi del SSN. Accanto ad una ovvia centralità del pubblico, unico oggi in grado di assicurare omogeneamente sul territorio nazionale tutte le principali prestazioni, la cui ricchezza va, pertanto, salvaguardata, opera il privato e quel particolare settore che è il privato senza fini di lucro: la necessaria collaborazione e complementarità tra questi soggetti è stata evidenziata nei principi direttivi generali della delega. Parallelamente, si prevede la sperimentazione di forme di finanziamento diverse dai DRG, con essi concomitanti, allo scopo di permettere un'adeguata remunerazione delle prestazioni complesse, che non si esauriscono nel compimento di un unico atto, in particolare di tutte quelle erogate sul territorio, quali realizzate nella psichiatria o nella tossicodipendenza.

Il disegno di legge affronta il problema dell'età pensionabile del personale medico che opera per il SSN in varie forme per arrivare ad una progressiva armonizzazione di tale età, facendo salve, per il personale docente dell'università, le funzioni di insegnamento e ricerca. Curiosamente, il parere espresso dalla Commissione bilancio, non recepito, richiedeva di ripristinare il testo originario del disegno di legge, che la Commissione affari sociali ha unicamente inteso chiarire e specificare, rafforzando i criteri direttivi inizialmente previsti.

Sono stati inoltre ulteriormente definiti i passaggi per la cessazione dei rapporti convenzionali di guardia medica, medicina dei servizi e specialistica ambulatoriale, già previsto dal decreto legislativo n. 502, regolamentato dal regolamento n. 502 del 1997 e successivamente disciplinato, seppure limitatamente agli specialisti ambulatoriali dalla legge n. 449 del 1997. Il superamento dei rapporti convenzionali appare di grande importanza per arrivare ad un unico rapporto di dipendenza degli operatori medici del SSN, eliminando pre-

carietà e sperequazioni non utili ad un buon funzionamento, ad eccezione della convenzione per la medicina di base e salvaguardando, in questo contesto, la continuità dell'assistenza.

Infine, il disegno di legge si propone di stabilire le basi per dare impulso e rendere omogenee le attività di prevenzione in tutte le aziende USL in una più complessa prospettiva di sanità pubblica. Si prevede inoltre la necessità di definire i rapporti tra i dipartimenti in questione e le agenzie regionali per l'ambiente, dopo il passaggio alle medesime delle competenze di igiene ambientale e la legge che ha sancito i risultati del *referendum*.

Innovativa è la delega per il riordino dell'assistenza sanitaria per i cittadini detenuti da ricondurre al SSN, prevedendo che la programmazione di strutture e risorse sia svolta dal Ministero della sanità su proposta del Ministero di grazia e giustizia sentita la Conferenza Stato-regioni, garantendo al Ministero di grazia e giustizia l'unitarietà e la sicurezza degli interventi. La formazione del personale è attribuita alle regioni, mentre il controllo sul funzionamento del servizio è affidato alle AUSL: la riforma della medicina penitenziaria si rende necessaria considerato che l'attuale assetto comporta costi maggiori rispetto all'assistenza garantita a tutti gli altri cittadini e non sembra in grado di garantire le necessarie prestazioni in qualità e quantità come testimoniato dal frequente ricorso, occasionale o programmato, alle strutture delle AUSL. La Commissione giustizia, come risulta dal presente stampato, ha espresso parere contrario sull'originale formulazione dell'emendamento riguardante la medicina penitenziaria, di contenuto corrispondente all'ordine del giorno approvato dall'Assemblea durante la sessione di bilancio, motivando tale decisione principalmente per l'estrema genericità dello stesso. Allo scopo di accogliere le giuste preoccupazioni della Commissione giustizia, l'emendamento è stato riformulato, recependosi contestualmente il parere espresso dalla Commissione bilancio.

L'articolo 4, infine, in coerenza con l'indirizzo di semplificazione dell'ordinamento vigente e con i principi regolatori della produzione legislativa assunti dal regolamentò della Camera, a seguito dell'approvazione delle recenti modificazioni, prevede l'adozione di un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge che regolamentano l'organizzazione e le attività del Servizio sanitario nazionale e degli istituti ad esso connessi, nella consapevolezza che la chiarezza dell'ordinamento rappresenti la prima condizione per un efficiente funzionamento del sistema.

Infine, auspico che l'Assemblea possa rapidamente confermare il lavoro svolto dalla XII Commissione, nella piena collaborazione tra maggioranza e opposizione, particolarmente significativo per alcune parti del presente disegno di legge.

Marida BOLOGNESI, *Relatore*.

PARERI DEL COMITATO PER LA LEGISLAZIONE E DELLE COMMISSIONI PERMANENTI

Al fine di una migliore comprensione dei pareri espressi dal Comitato per la legislazione e dalle Commissioni permanenti, si riporta di seguito una tabella di corrispondenza tra le disposizioni del testo sottoposto ai pareri e quello coordinato dalla XII Commissione affari sociali:

Testo sottoposto ai pareri	Testo coordinato
Articolo 1, comma 1	Articolo 1, comma 1
Articolo 1, comma 2 lettere *a)-g)*	Articolo 2, comma 1 lettere *a)-g)*
Articolo 1, comma 3	Articolo 1, comma 2
Articolo 1, comma 4	Articolo 1, comma 3
Articolo 2, comma 1	Articolo 2, comma 1
lettera *a)*	lettera *h)*
lettera *b)*	lettera *i)*
lettera *c)*	lettera *l)*
lettera *d)*	lettera *m)*
lettera *e)*	lettera *n)*
lettera *f)*	lettera *o)*
lettera *g)*	lettera *p)*
lettera *h)*	lettera *q)*
lettera *i)*	lettera *r)*
lettera *l)*	lettera *s)*
lettera *m)*	lettera *t)*
lettera *n)*	lettera *u)*
lettera *o)*	lettera *v)*
lettera *p)*	lettera *z)*
lettera *q)*	lettera *aa)*
lettera *r)*	lettera *bb)*
lettera *s)*	lettera *cc)*
lettera *t)*	lettera *dd)*
lettera *u)*	lettera *ee)*
lettera *v)*	lettera *ff)*
lettera *z)*	lettera *gg)*
lettera *aa)*	lettera *hh)*
lettera *bb)*	lettera *ii)*
lettera *cc)*	lettera *ll)*
lettera *dd)*	lettera *mm)*
lettera *ee)*	lettera *nn)*
lettera *ff)*	lettera *oo)*
Emendamento 2.22 *(nuova formulazione)*	lettera *pp)*
Articolo 3	Articolo 4
Articolo 4	Articolo 3, comma 1
Articolo 5	Articolo 3, comma 2

PARERE DEL COMITATO PER LA LEGISLAZIONE

Valutato positivamente che la Commissione abbia introdotto, con l'articolo 3, una delega al Governo per la redazione di un testo unico per il coordinamento della normativa esistente in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale;

rilevato che, al fine di consentire il pieno rispetto delle previsioni di cui all'articolo 117 della Costituzione, appare opportuno eliminare ogni rinvio, per l'attuazione della normativa prevista dal testo in esame, ad atti diversi dalle leggi regionali;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

il titolo del provvedimento faccia menzione anche della delega contenuta all'articolo 3 e delle modifiche al decreto legislativo n. 502/1992;

i princìpi e criteri direttivi stabiliti per la delega di cui agli articoli 1 e 2, pur mantenendo il diverso livello di specificazione, siano collocati in un unico articolo;

sia soppresso l'articolo 5, che non sembra rispondere alle esigenze di omogeneità del testo;

all'articolo 1, comma 3, dopo il terzo periodo, sia ripristinata la disposizione, originariamente contenuta nel disegno di legge, secondo la quale il Governo emana i decreti legislativi previsti dall'articolo 1, anche in mancanza dei pareri previsti quando questi non siano stati resi nei termini stabiliti;

e con le seguenti osservazioni:

valuti la Commissione l'opportunità di ridurre significativamente il termine per l'esercizio della delega di cui all'articolo 1, in quanto, essendo il provvedimento collegato alla manovra economico-finanziaria per il 1998, l'emanazione dei decreti legislativi dovrebbe avvenire nel corso del presente esercizio finanziario, pena la vanificazione degli attesi effetti;

valuti altresì la Commissione se l'esercizio della delega di cui all'articolo 1 possa effettivamente avvenire nel rispetto della prescrizione di "neutralità finanziaria" di cui al comma 4 del medesimo articolo;

alla lettera *a)* del comma 2 dell'articolo 1 siano resi espliciti i princìpi e gli obiettivi di cui agli articoli 1 e 2 della legge n. 833/1978;

alla lettera *b)* del comma 1 dell'articolo 2, si eviti la ripetuta utilizzazione della parola "superiori";

alla lettera *m)* del comma 1 dell'articolo 2, si preveda che gli interventi in materia di formazione specialistica dei medici siano coerenti con il decreto legislativo n. 257/1991, che ha recepito la normativa comunitaria vigente;

alla suddetta lettera, si consideri attentamente che la formulazione del testo potrebbe essere interpretata nel senso di introdurre sostanzialmente il principio del "numero chiuso" per l'accesso ai corsi di laurea e di diploma per le professioni sanitarie, per di più con determinazione del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica; peraltro, tale norma, a prescindere da altre valutazioni di natura politica, potrebbe risultare lesiva dell'autonomia delle università;

si sopprima la lettera *v)* del comma 1 dell'articolo 2, in quanto i requisiti per l'accreditamento risultano già individuati dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997;

per quanto concerne la lettera *bb)* del comma 1 dell'articolo 2, sia valutata l'opportunità di un coordinamento dei princìpi in essa indicati con quanto previsto dal decreto legislativo n. 115/1998, che dispone il riordino dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Ai sensi dell'articolo 16-*bis*, comma 5, del Regolamento, i deputati Anedda, Lembo e Rebuffa esprimono dissenso in ordine alla formulazione della condizione attinente al ripristino della disposizione, originariamente contenuta nel disegno di legge, secondo la quale il Governo emana i decreti legislativi previsti dall'articolo 1, anche in mancanza dei pareri previsti, quando questi non siano stati resi nei termini stabiliti. A loro giudizio, appare infatti desumibile dall'articolo 14, comma 4, della legge n. 400/1988, riferito ai casi di delega il cui termine di esercizio sia superiore ai due anni, il principio generale secondo il quale il Governo deve richiedere il parere delle Commissioni parlamentari e tener conto dei rilievi espressi.

Ai sensi della citata disposizione del Regolamento, i medesimi deputati ritengono altresì che sia necessario inserire una ulteriore osservazione concernente l'opportunità di riformulare la lettera *q)* del comma 2 dell'articolo 1, al fine di rendere più chiaro il significato del termine « verifica » riferito al processo di aziendalizzazione.

Ai sensi della citata disposizione del Regolamento, i deputati Anedda e Rebuffa ritengono infine che dovrebbe essere formulata la seguente osservazione:

al comma 3 dell'articolo 1, il termine riservato alle Commissioni per il parere sugli schemi di decreti legislativi, anche in relazione alla necessità di acquisire il parere della Conferenza unificata Stato-regioni e Stato-città, risulta del tutto insufficiente rispetto alla complessità del provvedimento ed ai tempi necessari all'esame parlamentare.

PARERE DELLA I COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI)

Rilevato che la materia oggetto dell'intervento ricade nelle previsioni dell'articolo 117 della Costituzione, il quale demanda alle regioni l'emanazione di norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato; le regioni sono infatti, intervenute con propri atti legislativi, disciplinando i diversi aspetti della materia;

esprime:

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

le disposizioni del progetto di legge in esame siano configurate come norme di principio, in modo da lasciare alla concorrente fonte legislativa regionale uno spazio di regolamentazione autonoma dei diversi aspetti della materia;

e con le seguenti osservazioni:

all'articolo 1, comma 2, e all'articolo 2, si segnala l'opportunità di ricondurre tutti i criteri di delega in un'unica disposizione;

all'articolo 1, comma 2, lettera *b)*, si rileva che la verifica del processo di aziendalizzazione delle strutture del SSN è attività non effettuabile con atto legislativo, bensì in sede amministrativa da parte delle autorità competenti; i decreti legislativi potrebbero introdurre alcuni correttivi idonei a portare a compimento il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e dettare eventualmente i criteri che debbono presiedere alle suddette attività di verifica;

all'articolo 1, comma 2, lettera *c)*, sarebbe opportuno sostituire l'espressione « definire i ruoli tra questi e i soggetti privati » con l'espressione « distribuire i compiti tra questi e i soggetti privati », anche al fine di evitare una lesione del principio costituzionale della libertà di associazione, che, in quanto tale, implica l'autodeterminazione della natura, delle funzioni e delle finalità degli organismi associativi, quali, ad esempio, quelli del « privato sociale »; in ogni caso, si ritiene che la questione, essendo di natura organizzativa, rientri nelle competenze regionali;

all'articolo 1, comma 2, lettera *d)*, si segnala l'opportunità di invitare la Commissione di merito ad inserire, dopo la parola « operatori », le parole « pubblici o privati », in conformità a quanto previsto alla lettera *c)*;

all'articolo 1, comma 2, lettera *g)*, si richiama quanto osservato con riferimento alla lettera *b)*; si segnala, ad ogni modo, che simili attività di verifica possono semmai caratterizzare la fase di deliberazione preliminare degli schemi di decreto legislativo e non concorrere ad integrare il contenuto precettivo di questi;

all'articolo 1, comma 3, si fa presente che la previsione secondo cui il parere della Conferenza unificata è immediatamente trasmesso alle competenti Commissioni parlamentari – per quanto analoga alla previsione contenuta nell'articolo 6 della legge n. 59 del 1997 – appare suscettibile di configurare una anomala attivazione delle funzioni consultive della Conferenza medesima, che – invece di essere esercitate in prima istanza nei confronti del Governo, salva la successiva trasmissione alle Commissioni parlamentari – potrebbero apparire collocate in una posizione subordinata rispetto ai pareri delle Commissioni parlamentari, in relazione ai quali finirebbero per assumere il significato di osservazioni sui pareri. Tale conclusione sembra suffragata in base ad una possibile interpretazione della formulazione letterale della disposizione in esame, la quale – nel disporre che il termine per l'espressione dei pareri da parte delle competenti Commissioni parlamentari sia più ampio di quello previsto per l'espressione del parere da parte della Conferenza unificata – potrebbe lasciar intendere che le Commissioni parlamentari (cui il parere della Conferenza unificata deve essere immediatamente trasmesso) debbano tener conto, in sede di espressione dei pareri di competenza, delle valutazioni della Conferenza unificata. Conseguentemente, si invita la Commissione di merito a sostituire, all'articolo 1, comma 3, terzo periodo, le parole « immediatamente trasmesso » con la parola « comunicato », in modo da evidenziare maggiormente le finalità esclusivamente conoscitive della trasmissione alle Commissioni parlamentari di un parere che, sotto ogni altro profilo, è istituzionalmente indirizzato al Governo nella sua qualità di legislatore delegato;

all'articolo 2, lettera *m)*, si segnala che la scelta di subordinare la programmazione degli accessi ai corsi di laurea e di diploma per le professioni sanitarie al fabbisogno di personale delle strutture sanitarie del settore pubblico – fabbisogno la cui determinazione è demandata al ministro della sanità – appare contraddittoria rispetto alla prevista esclusività del rapporto di lavoro – enunciata alla lettera *f)* del medesimo articolo 2 – che, in quanto tale, non esclude l'impiego del personale nel settore sanitario privato e richiede, pertanto, che in sede di programmazione degli accessi ai corsi di laurea si tenga conto anche di tale potenzialità occupazionale;

all'articolo 2, lettera *cc)*, sarebbe opportuno sostituire, per ragioni di coordinamento formale, le parole « di cui alla medesima lettera » con le parole « di cui alle lettere *bb)* »;

all'articolo 2, lettera *dd)*, si segnala l'opportunità, per ragioni di coordinamento formale, di sostituire la parola « prevedere » con la parola « prevedendo »; alla medesima lettera occorrerebbe, inoltre,

valutare l'opportunità di mantenere il riferimento al « decreto legislativo emanato in attuazione della presente lettera », atteso che la lettera *dd)* definisce un criterio di delega che non necessariamente dovrà essere attuato con uno specifico decreto legislativo, concorrendo esso – unitamente ai principi e criteri direttivi di cui all'articolo 1 e alle restanti lettere dell'articolo 2 – alla delimitazione della delega legislativa conferita al Governo con il provvedimento in esame;

all'articolo 3, comma 1, si segnala che la delega al Governo per l'adozione di un testo unico delle disposizioni legislative sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale potrebbe opportunamente prevedere che il Governo è autorizzato ad apportare, nel rispetto dei medesimi princìpi e criteri direttivi, modificazioni integrative e correttive ai decreti legislativi nel frattempo adottati in attuazione della delega di cui all'articolo 1 e non semplici modificazioni di coordinamento della normativa vigente, considerato che la complessità del processo di razionalizzazione del SSN è tale da far ritenere opportuna la possibilità per il Governo di porre nuovamente mano alla disciplina delegata adottata in prima attuazione della delega conferita dal provvedimento in esame;

all'articolo 3, comma 2, terzo periodo, sarebbe necessario, per ragioni di coordinamento formale, sostituire le parole « gli schemi di decreto legislativo » con le parole « lo schema di decreto legislativo ».

PARERE DELLA II COMMISSIONE PERMANENTE

(GIUSTIZIA)

Esaminato l'emendamento n. 2.22 del relatore;

considerata l'estrema delicatezza della materia trattata – la riforma della medicina penitenziaria – in cui risultano tra loro intrecciati diversi aspetti, tra cui l'esigenza di sicurezza propria degli istituti penitenziari, il trattamento dei detenuti, il diritto alla salute dei medesimi;

considerata l'esigenza che la legge stabilisca puntualmente una nuova disciplina relativa alla medicina penitenziaria, individuando univocamente i diversi apporti e responsabilità dei Ministeri e delle strutture organizzative competenti;

considerata altresì l'esigenza di evitare che l'indeterminatezza della disposizione legislativa produca l'effetto inverso di sovrapporre competenze e funzioni dei Ministeri di grazia e giustizia e della sanità, nonché delle regioni, ovverosia di creare vuoti nel sistema che portino a negare l'efficacia dell'intervento sanitario all'interno degli istituti penitenziari;

rilevato che il ricorso allo strumento della delega legislativa può lasciare nella indeterminatezza ovvero rimettere alla discrezionale valutazione del legislatore delegato alcuni profili fondamentali della nuova disciplina;

considerato che l'emendamento in oggetto non scioglie con chiarezza il nodo delle attribuzioni e delle connesse responsabilità tra i diversi Ministeri interessati;

rilevato che, in particolare, l'emendamento in esame non chiarisce in cosa consista il coordinamento tra i Ministeri e a chi spetti la gestione del personale e la responsabilità di spesa;

ESPRIME PARERE CONTRARIO

sull'emendamento in oggetto.

PARERE DELLA V COMMISSIONE PERMANENTE

(BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE)

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

all'articolo 1, comma 3, dopo le parole: « di cui al comma 1 », aggiungere le seguenti: « ciascuno dei quali dovrà essere corredato di relazione tecnica sugli effetti finanziari delle disposizioni in esso contenute, » e sostituire le parole: « delle competenti Commissioni parlamentari » con le seguenti: « delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per le conseguenze di carattere finanziario »;

all'articolo 2, comma 1, siano effettuate le seguenti modifiche:

la lettera *e)* sia sostituita dal contenuto dell'articolo 2, comma 2, lettera *c),* dell'originario disegno di legge del Governo;

alla lettera *f)* siano soppresse le seguenti parole: « individuando le necessarie risorse finanziarie a valere sul fondo sanitario nazionale »;

la lettera *g)* sia soppressa;

la lettera *h)* sia soppressa;

alla lettera *m)* siano soppresse le parole: « e dei medici veterinari, prevedendo posti aggiuntivi per gli altri profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario, allo scopo destinando apposite risorse »;

alla lettera *o)* siano soppresse le parole: « e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini », nonché le parole: « con l'attribuzione delle risorse finanziarie necessarie in sede di bilancio »;

alla lettera *p)* sia aggiunta, in fine, la seguente precisazione: « senza oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468 e successive modificazioni »;

la lettera *dd)* sia sostituita dal contenuto dell'articolo 2, comma 2, lettera *q)* dell'originario disegno di legge del Governo;

la lettera *ee)* sia soppressa.

PARERE FAVOREVOLE

sull'emendamento 2.22 *(nuova formulazione)* del relatore, a condizione che le parole da: « assegnando » a « incrementandolo » siano sostituite dalle seguenti: « assegnando con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie, relative alle funzioni trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia ».

PARERE DELLA VII COMMISSIONE PERMANENTE

(CULTURA)

Considerato che, in relazione alle disposizioni di cui all'articolo 2 comma 1, lettera *a)*:

a) ai sensi degli articoli 11, comma 1, lettera *d)*, e 18 della legge 15 marzo 1997, n. 59 il Governo è stato delegato ad emanare uno o più decreti legislativi per riordinare e razionalizzare il settore della ricerca scientifica e tecnologica, nonché gli organismi operanti nel settore stesso;

b) in attuazione della delega in questione è stato già approvato un decreto legislativo recante norme per la programmazione, il coordinamento e la valutazione della ricerca scientifica e tecnologica;

c) sono in fase avanzata di elaborazione ulteriori decreti legislativi per il riordino degli enti operanti nel settore della ricerca scientifica;

considerato che alla lettera *m)* del medesimo articolo 2, comma 1, è stato inserito un inciso relativo agli accessi alle specializzazioni e concernente i medici veterinari, nonché posti aggiuntivi per gli altri profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario, allo scopo destinando apposite risorse, mentre occorre evidenziare che:

a) sono già in discussione alle Commissioni VII e XII proposte di legge di iniziativa parlamentare (nn. 2425, 3130 e 4558) e un disegno

di legge del Governo (n. 4602) per il riordino della disciplina della suddetta formazione specialistica dei medici;

considerato che, con riferimento alla lettera *dd)*, del medesimo articolo 2, comma 1, la proposta di graduale riduzione dell'età pensionabile del personale docente universitario delle facoltà mediche, in relazione all'attività assistenziale:

a) comporta una grave disparità di trattamento tra i professori della facoltà di medicina e chirurgia e gli altri docenti universitari, in un contesto di stato giuridico definito per legge in modo omogeneo;

b) si pone in contrasto con consolidati indirizzi giurisprudenziali di inscindibilità, per quanto riguarda i professori universitari delle facoltà mediche, delle funzioni di insegnamento, ricerca e assistenza;

c) si espone pertanto a fondate riserve di incostituzionalità ai sensi degli articoli 3 e 36, incidendo altresì sui diritti quesiti del personale in servizio;

auspicato che si possa adempiere all'impegno assunto di presentare un'apposita proposta volta a riordinare il rapporto tra università e SSN, tassello indispensabile della riforma dell'assistenza sanitaria del paese;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

all'articolo 2, comma 1:

alla lettera *a)*, dopo le parole « legge 15 marzo 1997, n. 59 » aggiungere « ed in coordinamento con il riordino del sistema della ricerca nazionale, di cui agli articoli 11, comma 1, lettera *d)*, 14 e 18 della stessa legge »;

alla lettera *m)* sopprimere le parole da « e dei medici veterinari » fino a « risorse »;

sia sostituita la lettera *dd)* con la seguente:

dd) stabilire modalità e termini di riduzione dell'età pensionabile per il personale della dirigenza e dell'area medica dipendente dal SSN, prevedendo, per il personale docente universitario della facoltà di medicina e chirurgia, la graduale cessazione dalle funzioni dirigenziali assistenziali, nel rispetto del relativo 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 e integrazioni.

PARERE DELLA XI COMMISSIONE PERMANENTE

(LAVORO PUBBLICO E PRIVATO)

Rilevato che all'articolo 2, comma 1, del disegno di legge:

alla lettera *g)*, si prevede la facoltà per le aziende sanitarie 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 di « specifici requisiti », senza che siano adeguatamente precisate le esigenze cui si dovrebbe far fronte mediante tali contratti, né i requisiti che gli interessati devono possedere;

alla lettera *h)*, si prevede la facoltà per le aziende sanitarie, esclusivamente per progetti finalizzati, di stipulare contratti a tempo determinato di formazione e lavoro di durata quinquennale, con ciò alterando natura, funzioni e disciplina di tale tipo di contratti;

con la lettera *i)*, si intende rendere omogenei i trattamenti previdenziali e assistenziali dei soggetti nominati direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario di azienda, estendendo ai dipendenti privati le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 8, secondo periodo, del decreto legislativo n. 502 del 1992;

alla lettera *dd)*, è fissato l'obiettivo della riduzione dell'età pensionabile per il personale della dirigenza dell'area medica dipendente dal Servizio sanitario nazionale, obiettivo che si pone in contrasto con le più recenti ed univoche modificazioni legislative apportate all'ordinamento pensionistico;

alla medesima lettera *dd)*, è prevista un progressiva riduzione dell'età pensionabile del personale docente universitario della facoltà di medicina e chirurgia, relativamente alla cessazione dell'attività assistenziale, con l'obiettivo di giungere, a regime, all'equiparazione per tale aspetto alla dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale; in tal modo si consentirebbe a dei dipendenti pubblici di continuare a prestare servizio pur percependo un trattamento di quiescenza e si introdurrebbe una significativa deroga alla disciplina generale in materia di pensionamento dei docenti universitari, da ultimo integrata dall'articolo 10 del decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 165;

alla lettera *ee)*, si esclude la stipulazione di nuove convenzioni per i medici addetti alla guardia medica e alla medicina dei servizi e per gli specialisti ambulatoriali, nell'ambito del superamento dei rapporti convenzionali, nonché la « dinamicità dei requisiti di accesso » ai fini dell'inquadramento in ruolo;

considerato che all'articolo 4 è previsto che la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere

avvenga esclusivamente con riferimento ai requisiti indicati all'articolo 1 del decreto-legge n. 512 del 1994, senza necessità di valutazioni comparative;

esprime

PARERE FAVOREVOLE

alle seguenti condizioni:

a) sia soppressa la disposizione di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *h)*;

b) all'articolo 2, comma 1, lettera *i),* sia precisato che l'obiettivo di omogeneità ivi enunciato dovrà essere perseguito facendo riferimento a trattamenti assistenziali e previdenziali già previsti dalla legislazione vigente, senza dar vita a una disciplina di natura derogatoria o speciale;

c) le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *dd),* siano limitate alla definizione di modalità e termini per la cessazione dell'attività assistenziale da parte dei titolari dei rapporti convenzionali di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, nonché da parte del personale docente universitario della facoltà di medicina e chirurgia, senza alcuna conseguenza sui requisiti di accesso al pensionamento di quest'ultimo personale;

d) all'articolo 2, comma 1, lettera *ee),* sia meglio precisato il concetto di dinamicità dei requisiti di accesso ai fini dell'inquadramento in ruolo, stabilendo comunque che tale inquadramento possa avvenire solo in base alla programmazione effettuata ai sensi dell'articolo 39, comma 1, della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

e con le seguenti osservazioni:

valuti la Commissione di merito l'opportunità di:

a) sopprimere, all'articolo 2, comma 1, lettera *i),* le parole da: « prevedendo altresì » sino alla fine della lettera, al fine di evitare l'imposizione a carico dei datori di lavoro privati di oneri finanziari e di adempimenti burocratici che non appaiono strettamente indispensabili per la tutela previdenziale e assistenziale dei lavoratori ivi indicati;

b) meglio precisare gli specifici requisiti soggettivi necessari ai fini dell'attribuzione di incarichi dirigenziali attraverso contratti a tempo determinato, stabilendo altresì che il ricorso a tali contratti è consentito solo per il reperimento di professionalità non rinvenibili nell'ambito degli organici delle aziende sanitarie;

c) sopprimere, all'articolo 4, comma 1, le parole: « senza necessità di valutazioni comparative », allo scopo di meglio garantire il principio della trasparenza nell'attribuzione di incarichi presso le pubbliche amministrazioni.

TESTO
DEL DISEGNO DI LEGGE

—

Delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.

ART. 1.

1. Al fine del completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale, di una più stretta collaborazione tra tutti i soggetti pubblici interessati, della razionalizzazione di strutture e attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, nonché del perseguimento della migliore efficienza dei servizi medesimi a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, il Governo è delegato a emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1 il Governo acquisisce il parere delle competenti Commissioni parlamentari e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, unificata con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali. 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. **Decorsi i termini pre-**

TESTO
DELLA COMMISSIONE

—

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.

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, nonché** 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

visti dal presente articolo, i decreti legislativi possono essere emanati anche in mancanza di detti pareri. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1, per le parti aventi riflesso 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 all'articolo 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

ART. 2.

1. Nell'attuazione della delega di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

unificata è immediatamente trasmesso alle Commissioni parlamentari predette. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1, per le parti aventi riflesso 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.

ART. 2.

(Princìpi 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 princìpi e degli obiettivi previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;**

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

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

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

	g) **controllare e verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione;**
	h) **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, di ricerca e di coordinamento tecnico all'Istituto superiore di sanità, all'agenzia per servizi sanitari regionali e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro;**
a) potenziare il ruolo dei comuni, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, alla valutazione dei risultati dell'attività dei direttori generali delle aziende, nonché alla rimozione dei medesimi; prevedere la facoltà dei comuni di contrattare, conferendo risorse proprie, livelli di assistenza superiori a quelli garantiti dalla programmazione regionale;	***i)*** **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;**
b) prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire a una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni socio-assistenziali;	***l)*** 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 princìpi 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 prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale;**
	m) **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;
c) prevedere l'estensione del regime di diritto privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria, sulla base di criteri di flessibilità, responsabilizzazione e valorizzazione delle specifiche professionalità, nonché, per incarichi di natura dirigenziale, la facoltà da parte delle aziende di stipulare contratti a tempo determinato con personale in possesso di laurea e di specifici requisiti;	***n)*** **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;**
	o) **prevedere le modalità per pervenire per aree, funzioni ed obiettivi, a regime, all'esclusività del rapporto di lavoro, quale scelta individuale, da incentivare 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;**

	p) **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;**
	q) **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;**
d) rendere omogenea la disciplina del trattamento assistenziale e previdenziale dei soggetti nominati direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario di azienda, 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;	***r)*** 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;
	s) **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 privatistica 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 dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;**
e) garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione del personale sanitario, prevedendo la periodica elaborazione da parte del Governo di linee guida rivolte alle	***t)*** 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

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 regolamentazione, 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. Le linee guida per la stipulazione dei protocolli di intesa università-regioni operano nel quadro della programmazione regionale;

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 aggiuntivi 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 delle quali le aziende sanitarie si avvalgono 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;**

f) collegare le strategie e gli strumenti della ricerca sanitaria alle finalità del Piano sanitario nazionale, prevedendo modalità di coordinamento con la complessiva ricerca biomedica;

u) 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;

g) ridefinire il ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale sono individuati i livelli essenziali efficaci, appropriati e uniformi di assistenza, posti a carico del Fondo sanitario nazionale; demandare ad

v) 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**

appositi organismi scientifici l'individuazione dei criteri di valutazione delle prestazioni sanitarie, disciplinando la partecipazione a tali organismi delle società scientifiche accreditate;

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

h) stabilire le modalità generali per l'integrazione del medico di medicina generale e dei pediatri di libera scelta 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;

z) 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 nonché, 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;**

i) riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria, disciplinando il rapporto di queste con i livelli essenziali di assistenza di cui alla lettera *g)*, ammettendo la facoltà di regioni, province autonome, enti locali e loro consorzi di partecipare alla gestione dei fondi integrativi di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

aa) 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;**

j) 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 mo-

bb) *identica;*

dalità e le garanzie per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie;

k) favorire la partecipazione degli operatori all'attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza organizzata dalle strutture sanitarie pubbliche;

cc) **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;**

dd) **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;**

l) definire un modello di accreditamento, coerente con le scelte di programmazione nazionale e regionale, nel rispetto 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, 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;

ee) 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;

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

m) ridefinire i criteri di individuazione, rispettivamente, delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere, con particolare riferimento, per le prime, all'omogeneità del territorio, all'accessibilità dei servizi e al rapporto costi-benefici;

gg) **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 interregionale delle aziende ospedaliere;**

n) ridefinire il sistema di finanziamento delle aziende, introducendo vincoli di spesa legati alle compatibilità di bilancio;

hh) **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 le strutture private, la specificità di quelle non aventi fini di lucro; prevedere, accanto 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;**

o) prevedere le modalità e le garanzie attraverso le quali l'agenzia per i servizi sanitari regionali, **istituita dall'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266,** segnala alle regioni l'adozione di interventi volti al recupero dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità nella gestione delle aziende; fornisce alle regioni stesse il supporto tecnico per la redazione di programmi operativi; ne verifica l'attuazione e riferisce in proposito al Ministro della sanità;

ii) 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;**

p) prevedere le modalità e le garanzie con le quali il Ministro della sanità, valutate le situazioni locali e su segnalazione dell'agenzia per i servizi sanitari regionali, sostiene i programmi di cui alla lettera *o)*; 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;

ll) prevedere le modalità e le garanzie con le quali il Ministro della sanità, valutate le situazioni locali e **sulla base delle segnalazioni trasmesse dall'agenzia per i servizi sanitari regionali, ai sensi della lettera *ii),*** 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;

q) 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.

mm) 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 princìpi previsti dalla presente lettera, abbiano raggiunto, rispettivamente, il sessantesimo e il cinquantacinquesimo 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 cinquantacinquesimo 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;

nn) **escludere la stipulazione di nuove convenzioni con i soggetti 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 nonché la revisione dei rapporti convenzionali in atto, garantendo, comunque, il servizio di continuità assistenziale;**

oo) **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, coordinando 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;

pp) **provvedere al riordino della medicina penitenziaria prevedendone, nei limiti consentiti dalla peculiarità della materia, il funzionamento nell'ambito del Servizio sanitario nazionale; garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate, attraverso la graduale riconduzione al Servizio sanitario nazionale, anche attraverso 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 sanità, su proposta del Ministro di grazia e giustizia, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; 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.**

ART. 3.

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 suc-

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 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.

(Vedi articolo 4).

ART. 4.

1. Le università concordano con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei protocolli d'intesa di cui all'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ogni eventuale utilizzazione di strutture assistenziali private, purché accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, in altre strutture pubbliche.

cessive modificazioni, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: « I provvedimenti 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 e le province autonome di Trento e di Bolzano 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 ».

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, purché accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, in altre strutture pubbliche ».

(Vedi articolo 3, comma 2).

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, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, apportando le opportune modificazioni integrative e correttive nonché 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. Decorsi i termini indicati dal presente comma, il decreto legislativo è emanato anche in assenza dei citati pareri.