

D.Lgs. 30-12-1992 n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Publicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

## **D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502** <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

*(commento di giurisprudenza)*

### **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'[articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#).** <sup>(3)</sup>

---

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

(2) Il presente decreto è stato emanato in attuazione della delega di cui all'[art. 1, L. 23 ottobre 1992, n. 421](#). Vedi anche la [L. 30 novembre 1998, n. 419](#), di delega al governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

(3) Vedi, anche, l'[art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441](#).

---

#### IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'[articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#);

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 1° dicembre 1992;

Acquisito il parere delle commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 22 dicembre 1992;

Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro;

Emana

il seguente decreto legislativo:

---

---

#### **Titolo II**

#### **PRESTAZIONI**

**Art. 8** *(Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali)* <sup>(146)</sup>

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'[articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi: <sup>(117)</sup>

0a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'[articolo 1, comma 2](#), nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale; <sup>(133)</sup>

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

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricasazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori; <sup>(134)</sup>

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget; <sup>(134)</sup>

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis); <sup>(134)</sup>

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali, potendo prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali è prevista la presenza oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica; <sup>(144)</sup>

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa

programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter); <sup>(134)</sup>

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi; <sup>(134)</sup>

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

[e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio; <sup>(135)</sup>]

[f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto; <sup>(138)</sup>]

f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale; <sup>(139)</sup>

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui

all'[articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368](#), e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'[articolo 30](#) del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma; <sup>(118)</sup>

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali; <sup>(136)</sup>

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse; <sup>(136)</sup>

i) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto; <sup>(119)</sup>

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione; <sup>(120)</sup>

m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'[articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69](#), e al relativo decreto legislativo di attuazione; <sup>(128)</sup>

m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'[articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 novembre 2003, n. 326](#), e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche; <sup>(137)</sup>

m-quater) fermo restando quanto previsto dalla lettera 0a), prevedere modalità e forme d'incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico nonché specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati <sup>(145)</sup>.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517](#), i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'[art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#). Entro un anno dalla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno

cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'[articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29](#), e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502](#). Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale. <sup>(121) (149)</sup>

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

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico- chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale e svolgendo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, da esprimere secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, le ulteriori funzioni di cui alla lettera b-bis), fermo restando che l'adesione delle farmacie pubbliche è subordinata all'osservanza dei criteri fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale nei limiti previsti dai livelli di assistenza; <sup>(129)</sup>

b) per la dispensazione dei prodotti di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono esser riconosciuti interessi superiori a quelli legali; <sup>(130)</sup>

b-bis) provvedere a disciplinare:

1) la partecipazione delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie, al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. L'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente all'erogazione del servizio per i pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio in cui sussiste condizione di promiscuità tra più sedi farmaceutiche, sulla base del criterio della farmacia più vicina, per la via pedonale, all'abitazione del paziente; nel caso in cui una farmacia decida di non partecipare all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, per i pazienti residenti o domiciliati nella relativa sede, l'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente sulla base del criterio di cui al precedente periodo. La partecipazione al servizio può prevedere:

1.1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

1.2) la preparazione, nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

1.3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

1.4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui al numero 4) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

2) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio; a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza. Tale collaborazione avviene previa partecipazione dei farmacisti che vi operano ad appositi programmi di formazione;

3) la definizione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

4) la definizione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico. Gli accordi regionali definiscono le condizioni e le modalità di partecipazione delle farmacie ai predetti servizi di secondo livello; la partecipazione alle campagne di prevenzione può prevedere l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

5) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui al numero 4, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

6) le modalità con cui nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; le modalità per il ritiro dei referti sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel [decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196](#), recante il codice in materia di protezione dei dati personali e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

7) i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività di cui alla presente lettera;

8) la promozione della collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività di cui alla presente lettera; <sup>(131)</sup>

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché la individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b); <sup>(122)</sup>

c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'[articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69](#), e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; <sup>(132)</sup>

c-ter) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione di importo non superiore a quello accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-bis), gli accordi di livello regionale disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-bis); gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa; eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste. <sup>(132) (150)</sup>

2-bis Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'[articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59](#), sono individuati i criteri per la valutazione: <sup>(147)</sup>

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'[articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#);

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal [decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517](#), sia nel testo introdotto dal [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#); a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria. <sup>(123)</sup>

2-ter Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), come modificato dal [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'[articolo 15-nonies](#) dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'[articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), come introdotto dall'[articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma. <sup>(123)</sup>

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

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private a norma dell'[articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi <sup>(148)</sup>. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal [decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992](#), concernente la "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria" ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente [art. 1, comma 4, lett. b\)](#);

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un

adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione. <sup>(124)</sup>

[5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta delle suddette strutture o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro. <sup>(125) (140) (151)</sup> ]

[6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'*art. 25, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833*. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato. <sup>(125) (141)</sup> ]

[7. Fermo restando quanto previsto dall'*art. 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto. <sup>(125) (142) (151)</sup> ]

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, ai sensi dei *decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255*. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'*art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, e dell'*art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316*, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriali da almeno cinque

anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517](#), ai sensi dell'[art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400](#), dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#). <sup>(126)</sup>

8-bis I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale. <sup>(127)</sup>

[9. Le disposizioni di cui all'[art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), relative al divieto di esercizio di attività libero-professionali comunque prestate in strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, si estendono alle attività prestate nelle istituzioni e strutture private con le quali l'unità sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui al precedente comma 5. <sup>(125)</sup> <sup>(143)</sup> ]

---

(117) Alinea modificato dall'[art. 6, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254](#).

(118) Lettera sostituita dall'[art. 6, comma 2, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254](#). Successivamente la presente lettera è stata così sostituita dall'[art. 1, comma 4, lett. f\), D.L. 13 settembre 2012, n. 158](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 8 novembre 2012, n. 189](#), che ha sostituito l'originaria lett. h) con le attuali lett. h), h-bis) e h-ter).

(119) Lettera così modificata dall'[art. 6, comma 3, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254](#) e, successivamente, dall'[art. 1, comma 4, lett. g\), D.L. 13 settembre 2012, n. 158](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 8 novembre 2012, n. 189](#).

(120) Comma sostituito dall'[art. 9, comma 1, lett. a\), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517](#) e, successivamente, dall'[art. 8, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229](#).

(121) Comma aggiunto dall'[art. 9, comma 1, lett. b\), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517](#), sostituito dall'[art. 8, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229](#) e, successivamente, modificato dall'[art. 8, comma 3, lett. h\), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254](#).

- (122) Comma sostituito dall'*art. 9, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, così modificato dall'*art. 2, comma 1, lett. b), n. 4, D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153*.
- (123) Comma inserito dall'*art. 6, comma 4, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.
- (124) Comma sostituito dall'*art. 9, comma 1, lett. d), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*. Precedentemente, la *Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355* (Gazz. Uff. 4 agosto 1993, n. 32 - Serie speciale), aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma.
- (125) Comma abrogato dall'*art. 8, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.
- (126) Comma aggiunto dall'*art. 9, comma 1, lett. h), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, modificato dall'*art. 8, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.
- (127) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168*
- (128) Lettera aggiunta dall'*art. 2, comma 1, lett. a), D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153*.
- (129) Lettera così modificata dall'*art. 2, comma 1, lett. b), n. 1, D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153*.
- (130) Lettera così modificata dall'*art. 2, comma 1, lett. b), n. 2, D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153*.
- (131) Lettera inserita dall'*art. 2, comma 1, lett. b), n. 3, D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153*.
- (132) Lettera aggiunta dall'*art. 2, comma 1, lett. b), n. 5, D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153*.
- (133) Lettera premessa dall'*art. 1, comma 4, lett. a), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.
- (134) Lettera inserita dall'*art. 1, comma 4, lett. b), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.
- (135) Lettera abrogata dall'*art. 1, comma 4, lett. c), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.
- (136) Lettera inserita dall'*art. 1, comma 4, lett. f), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*, che ha sostituito l'originaria lett. h) con le attuali lett. h), h-bis) e h-ter).
- (137) Lettera inserita dall'*art. 1, comma 4, lett. h), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.
- (138) Lettera abrogata dall'*art. 1, comma 4, lett. d), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.
- (139) Lettera inserita dall'*art. 1, comma 4, lett. e), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.

(140) Comma sostituito dall'[art. 9, comma 1, lett. e](#)), [D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517](#) e, successivamente, modificato dall'[art. 6, comma 7, L. 23 dicembre 1994, n. 724](#).

(141) Comma sostituito dall'[art. 9, comma 1, lett. f](#)), [D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517](#).

(142) Comma sostituito dall'[art. 9, comma 1, lett. g](#)), [D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517](#)

(143) Comma aggiunto dall'[art. 9, comma 1, lett. h](#)), [D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517](#).

(144) Lettera inserita dall'[art. 1, comma 4, lett. b](#)), [D.L. 13 settembre 2012, n. 158](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 8 novembre 2012, n. 189](#) e, successivamente, così modificata dall' [art. 12, comma 6, lett. a](#)), [D.L. 30 aprile 2019, n. 35](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 25 giugno 2019, n. 60](#).

(145) Lettera aggiunta dall' [art. 12, comma 6, lett. b](#)), [D.L. 30 aprile 2019, n. 35](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 25 giugno 2019, n. 60](#).

(146) Per la convenzione nazionale regolante il rapporto di lavoro tra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, vedi il [D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270](#); per il rapporto di lavoro tra il Servizio sanitario nazionale e i medici specialisti ambulatoriali interni, vedi il [D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271](#); per il rapporto di lavoro tra il Servizio sanitario nazionale e i medici specialisti pediatri di libera scelta, vedi il [D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272](#) (modificato dal [D.P.R. 20 agosto 2001, n. 382](#)); per il rapporto di lavoro tra il Servizio sanitario nazionale e i biologi, chimici e psicologi, vedi il [D.P.R. 19 novembre 1998, n. 458](#) e il [D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446](#); per il rapporto tra il Ministero della salute ed i medici ambulatoriali, specialisti e generici, operanti negli ambulatori direttamente gestiti dal Ministero della salute per l'assistenza sanitaria e medico legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, vedi il [D.M. 23 luglio 2002, n. 206](#); per la disciplina del rapporto convenzionale tra il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed i medici ambulatoriali, specialisti e generici, operanti negli ambulatori gestiti dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali per l'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (validità 1° gennaio 2001-31 dicembre 2005), vedi il [D.M. 3 marzo 2009, n. 63](#).

(147) Per i criteri di valutazione del servizio prestato, vedi il [D.P.C.M. 8 marzo 2001](#).

(148) Per l'approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, vedi il [D.P.R. 14 gennaio 1997](#); per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale, vedi il [D.P.C.M. 1° settembre 2000](#).

(149) Il regolamento di cui al presente comma è stato approvato con [D.P.C.M. 12 dicembre 1997, n. 502](#).

(150) Con [D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371](#) è stato approvato il regolamento concernente l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, previsto dal presente comma.

(151) Vedi, anche, l'*art. 2, commi 7, 8 e 9, L. 28 dicembre 1995, n. 549.*

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.