



DOSSIER

PL n. 51/12

di iniziativa del Consigliere N. IRTO, E. ALECCI, D. BEVACQUA, F. IACUCCI,
R. MAMMOLITI recante:
"Istituzione del servizio di Psicologia di base"
relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	4/4/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	4/4/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	13/04/2022
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 51/XII
"Istituzione del servizio di Psicologia di base". pag. 4

Normativa citata

Cost. 27 dicembre 1947 pag. 14

"Costituzione della Repubblica italiana - artt. 32 e 117"

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 pag. 16

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

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 pag. 97

"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

Giurisprudenza Costituzionale

Sentenza Corte cost. 13 dicembre 2021, n. 241 pag. 161

Normativa comparata

Legge regionale 15 novembre 2022, n. 39 - Toscana pag. 168

"Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base"

Decreto del Presidente della Giunta regionale 12 marzo 2024, n. 9-R - Toscana pag. 171

"Regolamento di attuazione della legge regionale 15 novembre 2022, n. 39 (Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base)"

Legge regionale 8 ottobre 2022, n. 28 (agg. 2024) - Abruzzo pag. 174

"Istituzione del servizio di psicologia di base ed ulteriori disposizioni"

Legge regionale 25 gennaio 2024, n. 1 - Lombardia pag. 188

"Istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie"

Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35 - Campania pag. 192

"Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle leggi regionali 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)"

Regolamento regionale 9 settembre 2022, n. 8 - Campania pag. 197

"Regolamento regionale di attuazione della Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35 in materia di Istituzione del servizio di Psicologia di base"

Legge regionale 7 luglio 2020, n. 21 - Puglia pag. 203

"Istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie"

Documentazione correlata

Proposta di legge regionale 24 gennaio 2022, n. 183 - Piemonte pag. 206
"Istituzione della figura dello psicologo di base territoriale"

Proposta di legge 20 ottobre 2020, n. 1767 - Emilia Romagna pag. 209
"ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DI BASE"



Consiglio regionale della Calabria

Proposta di legge recante: “Istituzione del servizio di Psicologia di base” di iniziativa dei consiglieri Nicola Irto, Ernesto Francesco Alecci, Domenico Bevacqua, Francesco Antonio Iacucci, Raffaele Mammoliti.

Relazione illustrativa

Nel rispetto della suddivisione costituzionale delle competenze legislative tra Stato e Regioni, nell'esercizio della competenza regionale in materia di tutela della salute, di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione, per garantire al cittadino il diritto alla salute di cui all'art 32 Cost. e le prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), si propone l'istituzione del servizio di psicologia di base.

Il supporto psicologico attualmente è uno strumento essenziale per la tutela della salute del singolo e, in età pediatrica, per l'armonica formazione della personalità. In contesti di degrado e di depravazione socio-economico-culturale il sostegno psicologico si pone come indispensabile anche per la prevenzione di comportamenti socialmente allarmanti.

I disturbi psicologici, nel tempo, hanno sempre più manifestato la loro gravità sia in termini di qualità di vita sia in termini di costo per l'intera società. L'incidenza dei disturbi mentali è grave tanto quanto quella delle patologie di altro tipo e non può più essere sottovalutata.

L'attuale contingenza pandemica ha drammaticamente favorito il diffondersi di vecchie e nuove patologie (es. crisi d'ansia e di depressione, aumento delle condotte autolesioniste, disturbi alimentari, crisi di panico, *hikikomori*). Numerosi studi hanno

evidenziato incisive conseguenze della pandemia sulla sfera psicologica ed emozionale delle persone, anche di quelle che non avevano una storia precedente di disturbi del genere. Le forzate modifiche allo stile di vita e alle relazioni interpersonali, la solitudine, la paura di ammalarsi o di contagiare altri hanno prodotto l'insorgenza di disturbi fortemente interferenti con la qualità di vita. Da recenti rapporti dell'*American Academy of Pediatrics*, dell'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* e della *Children's Hospital Association* e dell'UNICEF si evince un quadro preoccupante anche per la salute mentale dei più giovani che si traduce in uno scarso rendimento scolastico, nella mancanza di interessi culturali e di vita, nello scarso sviluppo dell'empatia che incide pericolosamente nella costruzione sociale del futuro cittadino. Inquietanti, poi, i dati relativi ai tentativi di suicidio e atti di autolesionismo tra i giovanissimi (a partire dai 12 anni) aumentati del 30%.

Si impone, dunque, la necessità di interventi legislativi che implementino il servizio sanitario e abbraccino, in specie, un'idea di medicina di base diversa, attenta ai disagi di ogni genere. Peraltra, non può disconoscersi che la sinergia tra medici/pediatrici di base e psicologi servirebbe anche ad individuare più facilmente i disturbi psicosomatici con un conseguente risparmio per la sanità pubblica, spesso gravata da costi diagnostici esorbitanti.

A seguito della pandemia, il problema del sostegno psicologico alla comunità ha suscitato maggiore attenzione che, tuttavia, necessita di concretizzarsi in provvedimenti legislativi efficaci. Si dà atto di un'accresciuta sensibilità verso la problematica desumibile anche dalla sentenza n°241/2021 della Corte Costituzionale. L'approvazione della presente proposta comporterebbe nella nostra Regione l'adozione di una modalità più pregnante e significativa per la realizzazione degli obiettivi psicopedagogici da conseguire per il benessere individuale e l'eventuale emersione di comportamenti socialmente deprecabili.

I beneficiari del presente intervento regionale dovrebbero essere tutti i cittadini per i quali si indicano gli obiettivi più urgenti perseguitibili con l'inserimento di tale figura:

- a) fornire un primo livello di supporto psicologico ai singoli membri della comunità, efficace ed economicamente accessibile;
- b) prevenire e diagnosticare precocemente l'insorgenza di patologie psichiatriche/psicologiche e di disturbi del comportamento dovuti a difficoltà connesse al superamento di un lutto, all'adattamento alle condizioni collegate anche alla pandemia Covid-19, a malattie (proprie o dei propri amici e/o parenti), a disagi emotivi momentanei, a situazioni logoranti, a problematiche psicosomatiche;
- c) diagnosticare precocemente conseguenze di abusi;
- d) diagnosticare e contrastare la tendenza a tutte le dipendenze patologiche;
- e) contrastare ogni forma di razzismo e di discriminazione;
- f) conoscere e diffondere buone pratiche sociali (capacità di controllo della rabbia e delle altre emozioni negative e capacità di sviluppo delle emozioni positive);
- g) adottare idonee strategie capaci di superare le difficoltà relazionali spesso degeneranti in violenze fisiche e psicologiche.

Il percorso psicologico della conoscenza di sé è importante per lo sviluppo di una personalità equilibrata e si configura come un necessario complemento alle opportunità offerte dal contesto socio economico di riferimento.

La Regione e gli enti locali non possono rimanere indifferenti dinanzi all'emergere di esigenze collettive di così primario interesse, peraltro anche considerando che ogni investimento sul capitale umano comporta non solo un vantaggio per il singolo ma per l'intera collettività sia in termini di sicurezza sociale sia di maggiore sviluppo economico.

La proposta consta di otto articoli. L'art. 1 istituisce il Servizio di psicologia di base. L'art. 2 indica i beneficiari e gli obiettivi di tale servizio. L'art. 3 indica la creazione degli Elenchi provinciali degli Psicologi di base e i requisiti per essere iscritti. L'art. 4 detta l'organizzazione, la strutturazione e le modalità di svolgimento del Servizio. L'art. 5 istituisce un organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale. Gli artt. 6 e 7 sono rubricati rispettivamente “Clausola valutativa” e “Norma finanziaria”. L'art. 8 disciplina, infine, l'entrata in vigore.

Relazione finanziaria

Nel caso di specie la proposta di legge non comporta oneri di spesa sul bilancio regionale vigente.

Tab. 1 - Oneri finanziari:

Articol o	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carat tere Temp orale A o P	Importo
Art 1	istituisce il Servizio di psicologia di base con l'obiettivo di supportare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta			0
Art 2	indica i beneficiari e gli obiettivi di tale servizio			0
Art 3	indica la creazione degli Elenchi provinciali degli Psicologi di base e i requisiti per essere iscritti			0
Art 4	indica l'organizzazione, la			0

	strutturazione e le modalità di svolgimento del Servizio			
Art5	istituisce l'Osservatorio regionale			0
Art6	indica la clausola valutativa			0
Art7	indica la norma finanziaria- Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse già attribuite alle ASP per il SSR			0
Art 8	Entrata in vigore della legge			0

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Programma/Capitolo	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Totale

Art. 1

(Istituzione della figura dello Psicologo di base)

1. La Regione Calabria, compatibilmente con le competenze attribuite al Commissario ad Acta per la prosecuzione dei piani di rientro dei disavanzi del servizio sanitario regionale, istituisce il servizio di Psicologia di base.
2. Il servizio di Psicologia di base è realizzato da ciascuna Azienda sanitaria provinciale (ASP) a livello dei distretti sanitari di base a supporto dell'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali. Esso è svolto da psicologi liberi professionisti a rapporto convenzionale denominati di seguito Psicologi di base.

Art. 2

(Beneficiari e obiettivi del Servizio di psicologia di base)

1. Il servizio di psicologia di base è finalizzato a:
 - a) erogare un primo livello di supporto psicologico ai singoli membri della comunità, efficace ed economicamente accessibile;
 - b) prevenire e diagnosticare precocemente l'insorgenza di patologie psichiatriche/psicologiche e di disturbi del comportamento dovuti a difficoltà connesse al superamento di un lutto, all'adattamento alle condizioni collegate anche alla pandemia Covid-19, a malattie (proprie o dei propri amici e/o parenti), a disagi emotivi momentanei, a situazioni logoranti, a problematiche psicosomatiche;
 - c) diagnosticare precocemente conseguenze di abusi;
 - d) diagnosticare e contrastare la tendenza a tutte le dipendenze patologiche;
 - e) contrastare ogni forma di razzismo e di discriminazione;
 - f) conoscere e diffondere buone pratiche sociali (capacità di controllo della rabbia e delle altre emozioni negative e capacità di sviluppo delle emozioni positive);

g) adottare idonee strategie capaci di superare le difficoltà relazionali spesso degeneranti in violenze fisiche e psicologiche.

Art. 3

(Elenchi provinciali degli Psicologi di base)

1. È istituito l'elenco provinciale degli psicologi di base.
2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) laurea in psicologia;
 - b) iscrizione all'Albo degli psicologi della Regione Calabria;
 - c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale o regionale.
2. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio regolamento, disciplina la formazione degli elenchi provinciali e la gestione degli incarichi convenzionali, definendo, altresì, eventuali ulteriori titoli e specifiche competenze ai fini dell'iscrizione negli elenchi stessi.

Art. 4

(Organizzazione e programmazione delle attività dei servizi di Psicologia di base)

1. Lo Psicologo di base assume in carico la richiesta di assistenza, organizza e gestisce l'assistenza psicologica in base alle esigenze del paziente.
2. La richiesta di assistenza psicologica può essere avanzata direttamente dal soggetto interessato ma anche dal medico di base, dal pediatra di libera scelta o da altro specialista.

3. Nel quadro della realizzazione di un sistema integrato dei Servizi sociosanitari, gli Enti locali e gli ambiti territoriali competenti favoriscono l'erogazione del servizio di Psicologia di base con ogni forma di utile collaborazione nonché con la fornitura di locali.
4. In ciascun distretto sanitario di base le attività psicologiche delle cure primarie sono erogate da almeno due Psicologi di base in sinergia con le strutture del distretto sanitario di appartenenza.
5. I costi dell'assistenza psicologica prestata dal Psicologo di base territoriale sono a carico del SSR. La prestazione è soggetta al pagamento di un ticket da parte del paziente, la cui esigibilità ed importo sono stabiliti dalla Giunta regionale.

Art. 5

(Osservatorio regionale)

1. Il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'art. 1 sono effettuati dai competenti organi del Servizio Sanitario Regionale, dal Consiglio Regionale ai sensi dell'art. 6 e da apposito organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale.
- 2 La Regione Calabria istituisce l'Osservatorio regionale composto da: un dirigente psicologo per ciascuna ASP, due psicologi nominati dell'Ordine degli psicologi della Calabria, un dipendente della Regione Calabria con funzioni di segreteria, un rappresentante dei medici di medicina generale e uno dei pediatri di libera scelta.
3. Gli Psicologi di base trasmettono una relazione annuale sull'attività di assistenza psicologica prestata all' Osservatorio regionale.
4. L'Osservatorio regionale esamina le relazioni annuali e, in generale, svolge un'azione di controllo e indirizzo sulle attività prestate dal Psicologo di base. Fornisce alla

Giunta Regionale ogni elemento utile per la redazione della relazione triennale da presentare al Consiglio Regionale.

5. La Giunta regionale disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione che collaborano all'esercizio della funzione di Osservatorio regionale.

6. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio è a titolo gratuito.

Art. 6

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio Regionale esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e valuta i risultati ottenuti nel miglioramento della qualità del servizio sanitario nel suo complesso e nel raggiungimento degli specifici obiettivi di miglioramento della qualità di vita dei singoli, delle relazioni sociali e di vantaggi personali ed interpersonali dei beneficiari.

2. A tal fine, la Giunta presenta, con cadenza triennale, alla Commissione assembleare competente una relazione su:

- a) numero di professionisti assunti per il triennio;
- b) attuazione degli interventi previsti all'art. 4;
- c) ammontare delle risorse impegnate e di quelle effettivamente utilizzate;
- d) eventuali criticità emerse nell'attuazione della legge.

Art. 7

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in complessivi euro 200.000 per ciascuno degli esercizi 2022, 2023, 2024, si provvede con le risorse già attribuite alle ASP per il SSR.

Art. 8

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Reggio Calabria 4 aprile 2022

f.to Nicola Irto

f.to Ernesto Francesco Alecci

f.to Domenico Bevacqua

f.to Francesco Antonio Iacucci

f.to Raffaele Mammoliti

Cost. 27/12/1947**Costituzione della Repubblica italiana.**

La Costituzione fu approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 dicembre 1947, pubblicata nella Gazz. Uff. 27 dicembre 1947, n. 298, ediz. straord., ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948. Vedi XVIII disp. trans. fin., comma primo.

32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

117. La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;

b) immigrazione;

c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;

d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;

e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; armonizzazione dei bilanci pubblici; perequazione delle risorse finanziarie (179);

f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; *referendum* statali; elezione del Parlamento europeo;

g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;

h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;

i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;

l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

n) norme generali sull'istruzione;

o) previdenza sociale;

p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;

q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;

r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;

s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salvo l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato (180).

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano

alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salvo delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato (181).

(179) Lettera così modificata dalla lettera *a*) del comma 1 dell'art. 3, L.Cost. 20 aprile 2012, n. 1. Le disposizioni di cui alla citata L.Cost. n. 1/2012 si applicano, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'art. 6 della stessa, a decorrere dall'esercizio finanziario relativo all'anno 2014.

(180) Comma così modificato dalla lettera *b*) del comma 1 dell'art. 3, L.Cost. 20 aprile 2012, n. 1. Le disposizioni di cui alla citata L.Cost. n. 1/2012 si applicano, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'art. 6 della stessa, a decorrere dall'esercizio finanziario relativo all'anno 2014.

(181) Articolo così sostituito dall'art. 3, L.Cost. 18 ottobre 2001, n. 3. Per l'attuazione del presente articolo vedi la L. 5 giugno 2003, n. 131 e il D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 208.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (1) (2).**Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (3)**

(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;

Emano

il seguente decreto legislativo:

Titolo I
ORDINAMENTO

Art. 1 (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza) (4) (7) (8) (9)

In vigore dal 22 agosto 2008

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli *articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse. (5)

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario

nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predisponde il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di validità del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'*articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13*, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera. (10)

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza. (11)

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di validità del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'*articolo 2, comma 2-bis*, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salvo l'autonomia determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'*articolo 4, comma 12*, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'*articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h)*, e *comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460*; resta

fermo quanto disposto dall'*articolo 10*, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal *decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460*. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato *articolo 4*, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'*articolo 8-quinquies*. (6)

(4) Articolo modificato dall'*art. 2, comma 1, lett. da a) a d*, *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, sostituito dall'*art. 1, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(5) Comma modificato dall'*art. 1, comma 5, D.L. 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 16 novembre 2001, n. 405*.

(6) Comma così modificato dall'*art. 79, comma 1-quinquies, lett. b*, *D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 6 agosto 2008, n. 133*.

(7) Vedi gli *artt. 8 e 9, D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56*.

(8) Per l'approvazione del Piano sanitario nazionale, triennio 1998-2000, vedi il *D.P.R. 23 luglio 1998*; triennio 1998-2000, vedi il *D.M. 24 aprile 2000*; triennio 2003-2005, vedi il *D.P.R. 23 maggio 2003*; triennio 2006-2008, vedi il *D.P.R. 7 aprile 2006*.

(9) Per la definizione dei livelli essenziali di assistenza, vedi l'*art. 6, D.L. 18 settembre 2001, n. 347*.

(10) Vedi, anche, l'*art. 54, comma 1, L. 27 dicembre 2002, n. 289*.

(11) Vedi, anche, il *D.P.C.M. 12 gennaio 2017*.

Art. 2 (Competenze regionali) (12)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. (13)

2-ter. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-bis, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'*articolo 4*, e dei piani attuativi metropolitani. (13)

2-quater. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'*articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142*, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi. (13)

2-quinquies. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione

attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-quater, ove costituito. (13)

2-sexies. La regione disciplina altresì:

- a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;
 - b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'*articolo 3*, comma 1-bis;
 - c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'*articolo 3*, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;
 - d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'*articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*;
 - e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;
 - f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'*articolo 19-bis*, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;
 - g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:
 - 1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;
 - 2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;
 - h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'*articolo 2 comma 1, lettera I, della legge 30 novembre 1998, n. 419*. (13)
- 2-septies. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'*articolo 1, comma 18*. (14)

2-octies. Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-bis e 2-quinquies, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario ad acta. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto. (13)

(12) Articolo sostituito dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(13) Comma aggiunto dall'*art. 2, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(14) Comma aggiunto dall'*art. 2, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* e, successivamente, modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. b), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

Art. 3 (Organizzazione delle unità sanitarie locali) (32) (33)
In vigore dal 25 dicembre 2019

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'*articolo 4*. (15)

1-bis. In funzione del perseguitamento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. (16)

[1-ter. Le aziende di cui ai commi 1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-bis. (28) (30)]

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'*articolo 17* per le attività ivi indicate. (29)

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale. (16)

[2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'*articolo 1* nel proprio ambito territoriale. (17)]

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie. (18)

[4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma. (17)]

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

[a] [la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa; (19)]

[b] l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti; (19)]

[c] i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali; (19)]

[d] il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare; (19)]

[e] le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali; (19)]

[f] il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'*art. 4* di ricorrere a qualsiasi

forma di indebitamento, fatte salve:]

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

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione; (19)

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni. (20)

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'*art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. 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. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impeditimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. (21)

7. Il direttore sanitario è un medico che, all'atto del conferimento dell'incarico, non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che, all'atto del conferimento dell'incarico, non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'*articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517*, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'*articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero* sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione. (22)

[8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto. (17)]

[9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate

almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni. (23)]

[10. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270. (24) (31)]

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

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'*articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327*, e dall'*articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55*;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se

nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio. (25)

13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. (26)

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale. (27)

(15) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 e, successivamente, dall'art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

(16) Comma inserito dall'art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e, successivamente, modificato dall'art. 1, comma 1, D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168.

(17) Comma abrogato dall'art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

(18) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

(19) Lettera abrogata dall'art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

(20) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

(21) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. d), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, modificato dall'art. 1, D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla L. 17 ottobre 1994, n. 590, dall'art. 3, comma 1, L. 30 novembre 1998, n. 419 e, successivamente, dall'art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229. 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 (prima e decima proposizione) nella parte in cui prevedeva che le competenze ivi stabilite fossero esercitate, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, e dalla Giunta regionale, anziché dalla Regione; nonché nella parte in cui prevedeva che i poteri sostitutivi ivi previsti fossero esercitati dal Ministro della sanità anziché dal Consiglio dei ministri, previa diffida.

(22) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. e), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, modificato dall'art. 2, comma 1-quinquies, D.L. 18 novembre 1996, n. 583, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 gennaio 1997, n. 4 e dall'art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229. Successivamente, il presente comma è stato così modificato dall'art. 15, comma 13, lett. f-bis), D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, e dall'art. 45, comma 1-quater, D.L. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla L. 19 dicembre 2019, n. 157.

(23) Comma abrogato dall'art. 23, comma 1, D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

(24) Comma abrogato dall'art. 1, D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla L. 17 ottobre 1994, n. 590.

(25) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. h), 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 nella parte in cui prevedeva che i poteri sostitutivi ivi previsti fossero esercitati dal Ministro della sanità anziché dal Consiglio dei ministri, previa diffida.

(26) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. i), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 e, successivamente, modificato dall'art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

- (27) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. I), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.
- (28) Comma abrogato dall'art. 256, comma 1, D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, a decorrere dal 1° luglio 2006. Per la disciplina transitoria, vedi l'art. 1-octies, comma 2, D.L. 12 maggio 2006, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla L. 12 luglio 2006, n. 228.
- (29) Comma inserito dall'art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e, successivamente, così modificato dall'art. 1, comma 1, D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168 e dall'art. 4, comma 1, lett. 0a), D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.
- (30) Comma inserito dall'art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 , modificato dall'art. 1, comma 1, D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168.
- (31) Comma sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. g), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.
- (32) Per la nuova disciplina sulle aziende ospedaliero-universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, vedi gli artt. 2 e 3, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.
- (33) Per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali determinati in relazione alla struttura organizzativa derivante dalle leggi regionali, vedi l'art. 26, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Art. 3-bis (Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario) (34) (41) (42) **In vigore dal 18 settembre 2016**

- [1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3. (39)]
2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'*articolo 2, comma 2-octies*.
- [3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie. (36) (39)]
- [4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'*articolo 16-ter*, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (43) . I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data. (35) (39)]
- [5. Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli

periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. (37) (39)]

[6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7. (39)]

[7. Quando ricorrono gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non dispornere la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda. (39)]

7-bis. L'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso. (38)

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del *codice civile*. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502*, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'*articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484*, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'*articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484*, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'*articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181*, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato. (40)

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria ed alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'*articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181*, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di

appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

[13. In sede di revisione del *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502*, si applica il comma 5 del presente articolo. (39)]

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'*articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449*, e successive modificazioni.

[15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi. (39)]

(34) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(35) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. c) e d)*, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.

(36) Comma modificato dall'*art. 2, comma 5, L. 1° febbraio 2006, n. 43* e dall'*art. 1, comma 24-novies, D.L. 18 maggio 2006, n. 181*, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2006, n. 233; per l'abrogazione di quest'ultima disposizione, vedi l'*art. 1, commi 376 e 377, L. 24 dicembre 2007, n. 244*. Successivamente il presente comma è stato così sostituito dall'*art. 4, comma 1, lett. a), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189; per i limiti di applicabilità di tale ultima disposizione, vedi l'*art. 4, comma 2 del medesimo D.L. 158/2012*.

(37) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. b)*, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

(38) Comma inserito dall'*art. 1, comma 567, L. 23 dicembre 2014, n. 190*.

(39) Comma abrogato dall'*art. 9, comma 1, D.Lgs. 4 agosto 2016, n. 171*, con la decorrenza ivi indicata.

(40) La Corte costituzionale, con sentenza 07 - 10 maggio 2012, n. 119 (Gazz. Uff. 16 maggio 2012, n. 20, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 3-bis, comma 11*, sollevata in riferimento all'*art. 3 della Costituzione*. La stessa Corte, con successiva sentenza 7 - 16 maggio 2014, n. 132 (Gazz. Uff. 21 maggio 2014, n. 22, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 3-bis, comma 11*, sollevata in riferimento agli artt. 76 e 81, quarto comma, della Costituzione.

(41) Per la nuova disciplina sulle aziende ospedaliero-universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, vedi *art. 2, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

(42) Per le norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, vedi il *D.P.C.M. 19 luglio 1995, n. 502*.

(43) Per l'attuazione delle presenti disposizioni, vedi il *D.M. 1° agosto 2000*.

Art. 3-ter (Collegio sindacale) (48) (44) (45)

In vigore dal 1 gennaio 2015

1. Il collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della

salute. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. (46) (47)

4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

(44) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(45) Per la costituzione dei collegi sindacali di cui al presente articolo, vedi *art. 17, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(46) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 574, L. 23 dicembre 2014, n. 190*.

(47) La Corte costituzionale, con sentenza 19-28 novembre 2008, n. 390 (Gazz. Uff. 3 dicembre 2008, n. 50, 1^a Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 3-ter, comma 3*, sollevata in riferimento all'*art. 97* della Costituzione; la stessa Corte, con successiva ordinanza 17-29 dicembre 2008, n. 447 (Gazz. Uff. 7 gennaio 2009, n. 1, 1^a Serie speciale), ha dichiarato manifestamente inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 3-ter, comma 3*, aggiunto dall'*art. 3, comma 3*, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sollevata in riferimento all'*art. 97* della Costituzione.

(48) Per la nuova disciplina sulle aziende ospedaliero-universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, vedi *art. 2, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

Art. 3-quater (Distretto) (49)

In vigore dal 14 ottobre 2020

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'*articolo 2, comma 2-sexies, lettera c*), dall'atto aziendale di cui all'*articolo 3, comma 1-bis*, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'*articolo 3-quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'*articolo 3-quinquies* sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, garantita anche dalla piena accessibilità ai dati del Servizio sanitario regionale mediante la realizzazione di un sistema informativo integrato senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; (50)

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'*articolo 3-septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale (51).

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

(49) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

(50) Lettera così sostituita dall'*art. 31-quater, comma 1, lett. a), D.L. 14 agosto 2020, n. 104*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 13 ottobre 2020, n. 126.*

(51) Lettera così sostituita dall'*art. 31-quater, comma 1, lett. b), D.L. 14 agosto 2020, n. 104*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 13 ottobre 2020, n. 126.*

Art. 3-quinquies (Funzioni e risorse del distretto) (52)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

(52) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 3-sexies (Direttore di distretto) (53)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'*articolo 8*, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli *articoli 3-quater*, comma 3, e *3-quinquies*, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

(53) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 3-septies (Integrazione sociosanitaria) (54)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'*articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419*, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e

comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'*articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'*articolo 3-quinquies, comma 1, lettera c)*, le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

(54) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 3-octies (Area delle professioni sociosanitarie) (55) In vigore dal 27 settembre 2000

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, è disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria. (56)

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, i profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria (57) .

4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, 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, ai sensi dell'*articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400*; 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, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.

5. Le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'*articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400*; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici. (57)

(55) Articolo inserito dall'*art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(56) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. e), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(57) Per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per l'ordinamento didattico dei corsi di formazione, vedi il provvedimento 22 febbraio 2001.

Art. 4 (Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri) (75)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-bis e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'*articolo 3*, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'*articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 15 marzo 1997, n. 59*; le aziende di cui all'*articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'ememanzione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'*articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1° aprile 2000. (58)

1-bis. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'*articolo 3, comma 1-bis*, in coerenza con l'*articolo 17-bis*;

b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;

c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al *decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1° febbraio 1992, e successive modificazioni;

d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con *decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore di almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie. (59)

1-ter. I requisiti di cui alle lettere c) e d) del comma 1-bis non si applicano agli ospedali specializzati di cui al *decreto ministeriale 31 gennaio 1995*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale. (59)

1-quater. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi 1-bis e 1-ter. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali. (60)

1-quinquies. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-bis e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-bis, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi. (59)

1-sexies. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-bis, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, e successive modificazioni, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma 1-quater. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-quinquies; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma 1-quater. (60)

1-septies. Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-septies. (59)

1-octies. Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'*articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12. (59)

2. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime.

a) [presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.] (70) Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

b) [organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.] (71)

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. (61)

[4. Le regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'art. 9 del D.P.R. 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di elisoccorso. (62) (72)]

[5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate. (63)]

[6. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse. (63)]

[7. Le regioni disciplinano entro il 31 gennaio 1995 le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base dei seguenti principi:

a) prevedere l'attribuzione da parte delle regioni per l'anno 1995 di una quota del fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione determinata nella misura dell'80 per cento dei costi complessivi dell'anno precedente, decurtati dell'eventuale disavanzo di gestione, compresi gli oneri passivi in ragione di quest'ultimo sostenuti;

b) le prestazioni, sia di degenza che ambulatoriali, da rendere a fronte del finanziamento erogato secondo le modalità di cui alla lettera a) devono formare oggetto di apposito piano annuale preventivo che, tenuto conto della tariffazione, ne stabilisca quantità presunte e tipologia in relazione alle necessità che più convenientemente possono essere soddisfatte nella sede pubblica. Tale preventivo forma oggetto di contrattazione fra regione e unità sanitarie locali, da una parte, e azienda ospedaliera e presidi ospedalieri con autonomia economico-finanziaria, dall'altra. La verifica a consuntivo, da parte, rispettivamente, delle regioni e delle unità sanitarie locali dell'osservanza dello stesso preventivo, tenuto conto di eventuali motivati scostamenti, forma criterio di valutazione per la misura del finanziamento delle singole aziende ospedaliere o dei presidi stessi da erogare nell'anno successivo;

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

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni. (62) (73)

]

[7-bis. La remunerazione a tariffa delle prestazioni effettuate rappresenta la base di calcolo ai fini del conguaglio in positivo o in negativo dell'aconto nella misura dell'80 per cento di cui al comma 7. Sulla base delle suddette tariffe sono altresì effettuate le compensazioni della mobilità sanitaria interregionale. (64) (74)]

[7-ter. Il sistema di finanziamento di cui al comma 7, valido per l'anno 1995, dovrà essere progressivamente superato nell'arco di un triennio, al termine del quale si dovrà accedere esclusivamente al sistema della remunerazione a prestazione degli erogatori pubblici e privati. (64) (74)]

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di

contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte regione e la revoca dell'autonomia aziendale. (65) (76)

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'*articolo 17*, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili. (66)

10. Fermo restando quanto previsto dall'*art. 3, comma 5, lett. g*, in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'*articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti. All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono. I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovati. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla *legge 12 febbraio 1968, n. 132* e al *decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128*, nonché le disposizioni del *decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129*. (67) (77)

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

11-bis. Al fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture e dei servizi, le disposizioni di cui all'*art. 35, comma 2, lett. d), del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761*, si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'*art. 15* del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali. (68)

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli *articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, fermo restando che l'apporto dell'attività dei

suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, i requisiti tecnico-organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'*art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità. (69)

13. I rapporti tra l'Ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano. (78)

(58) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, dall'*art. 4, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(59) Comma inserito dall'*art. 4, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(60) Comma inserito dall'*art. 4, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* e, successivamente, modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. f), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(61) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. b), 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 nella parte in cui definiva come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia e, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università medesima.

(62) Comma abrogato dall'*art. 4, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(63) Comma abrogato dall'*art. 2, comma 10, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

(64) Comma abrogato dall'*art. 4, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229..*

(65) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. e), 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 (terza proposizione) nella parte in cui prevedeva che le competenze ivi stabilite fossero esercitate, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, e dalla Giunta regionale, anziché dalla Regione.

(66) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. f), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(67) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. g), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(68) Comma aggiunto dall'*art. 5, comma 1, lett. h), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(69) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. i), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(70) Periodo abrogato dall'*art. 4, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(71) Lettera abrogata dall'*art. 4, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(72) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(73) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, lett. d), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(74) Comma aggiunto dall'*art. 6, comma 5, L. 23 dicembre 1994, n. 724*.

(75) Per la nuova disciplina sulle aziende ospedaliero-universitarie integrate con l'università, vedi *art. 2, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

(76) Vedi, anche, l'*art. 32, comma 7, L. 27 dicembre 1997, n. 449*.

(77) Vedi, anche, l'*art. 4, comma 3, L. 23 dicembre 1994, n. 724*, e l'*art. 2, commi 5 e seguenti, L. 28 dicembre 1995, n. 549*.

(78) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi l'Accordo fra il Governo della Repubblica Italiana e il Sovrano Militare Ordine di Malta, ratificato con *L. 9 giugno 2003, n. 157*.

Art. 5 (Patrimonio e contabilità) (79) (81) (82)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

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

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al *codice civile*, così come integrato e modificato con *decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127*, e prevedendo: (80)

- a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
- f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. (83)

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'*articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e all'*articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1º gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa.

(79) Articolo modificato dall'*art. 6, comma 1, lett. da a) ad e)*, *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, sostituito dall'*art. 5, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(80) Alinea modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. g)*, *D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(81) La Corte costituzionale, con sentenza 7-18 aprile 1997, n. 98 (Gazz. Uff. 23 aprile 1997, n. 17, Serie speciale), aveva dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 5, comma 1*, nel testo sostituito dall'*art. 6* del *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*, sollevata in riferimento agli artt. 97 e 32 della Costituzione. La stessa Corte costituzionale, con successiva ordinanza 12-14 marzo 2003, n. 72 (Gazz. Uff. 19 marzo 2003, n. 11, 1ª Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'*art. 5* nel testo risultante dall'*art. 6* del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e del medesimo art. 5 nel testo risultante dall'*art. 5* del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 sollevata in riferimento agli artt. 76 e 77, comma primo, della Costituzione.

(82) Per l'applicabilità del presente articolo alle aziende ospedaliero-universitarie, vedi *art. 2 e art. 7, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

(83) Per lo schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere, vedi il *D.M. 20 ottobre 1994* e il *D.M. 11 febbraio 2002*. Lo schema di bilancio degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico è stato approvato con *D.M. 3 settembre 1997* e con *D.M. 8 aprile 2002*. Vedi, anche, l'*art. 38, comma 2, D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118*.

**Art. 5-bis (Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico) (84)
In vigore dal 1 gennaio 2003**

1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'*articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*, il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie. (85)
2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.
3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

(84) Articolo inserito dall'*art. 5, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(85) Comma modificato dall'*art. 55, comma 1, L. 27 dicembre 2002, n. 289*, a decorrere dal 1° gennaio 2003.

**Art. 6 (Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università)
In vigore dal 27 gennaio 2000**

- [1. Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università 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 (119). Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, d'intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate. (86) (92)]
2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli

specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al *decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257*, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'*articolo 7* del citato *decreto legislativo n. 257/1991*, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 2* del *decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257*, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'*articolo 15* del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'*articolo 7* del *decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257*. (87)

3. A norma dell'*articolo 1, lettera o*, della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'*articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341*, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'*articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341*. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale, che consiste in una prova scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei collegi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1º gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. (88) (93) (94) (95)

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono approvati dal Presidente del Consiglio dei ministri su proposta dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. (89) (95)

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico ed odontoiatra di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali. In tal senso è modificato il contenuto delle attribuzioni dei profili del collaboratore e del funzionario tecnico socio- sanitario in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. E' fatto divieto alle università di assumere nei profili indicati i laureati in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. (90) (91) (95) (96)

-
- (86) Comma abrogato dall'*art. 1, comma 5, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.*
(87) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*
(88) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*
(89) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 1, lett. d), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*
(90) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 1, lett. e), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*
(91) A norma dell'*art. 8, comma 10, L. 19 ottobre 1999, n. 370* al personale di cui al presente comma, si applicano le disposizioni di cui all'*art. 12, commi 1, 2, 3, 4, 6 e 7, della L. 19 novembre 1990, n. 341*, e successive modificazioni.
(92) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 e, successivamente, modificato dall'art. 3, comma 2, L. 30 novembre 1998, n. 419.*
(93) Il regolamento previsto dal presente comma, recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, è stato emanato con *D.M. 8 ottobre 1998, n. 520.*
(94) Per la definizione delle figure professionali di cui al presente comma vedi il *D.M. 29 marzo 2001.*
(95) Con *D.M. 24 settembre 1997*, modificato dal *D.M. 8 giugno 2000*, sono stati fissati i requisiti d'idoneità delle strutture per i diplomi universitari dell'area medica. Vedi, anche, gli *artt. 1 e 4, L. 26 febbraio 1999, n. 42.*
(96) Vedi l'*art. 69, comma 11, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.*

Art. 6-bis (Protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale) (97)

In vigore dal 27 gennaio 2000

- [1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono elaborate ogni tre anni linee guida per la stipulazione di protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale, determinando i parametri al fine di individuare le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali e le strutture per la formazione specialistica e i diplomi universitari. (98)]
2. Fino all'emanaione del decreto di cui al comma 1 (99) si applicano le linee guida di cui al *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.
3. Fino all'emanaione del decreto di cui al comma 1 (99) le strutture sono individuate, per quanto concerne la formazione specialistica, in conformità al *decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 17 dicembre 1997*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 17 del 21 gennaio 1997 e, per quanto concerne i diplomi universitari, in conformità al *decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 24 settembre 1997*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 234 del 7 ottobre 1997.

-
- (97) Articolo inserito dall'*art. 6, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*
(98) Comma abrogato dall'*art. 1, comma 5, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.*
(99) Termine differito alla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'*art. 1, comma 2, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*, a norma del comma 5, stesso articolo.

Art. 6-ter (Fabbisogno di personale sanitario) (100) (101)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario. Con la stessa procedura è determinato, altresì, il fabbisogno degli ottici, degli odontotecnici e del restante personale sanitario e socio-sanitario che opera nei servizi e nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

2. A tali fini i decreti di cui al comma 1 tengono conto di:

- a) obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- b) modelli organizzativi dei servizi;
- c) offerta di lavoro;
- d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

3. Gli enti pubblici e privati e gli ordini e collegi professionali sono tenuti a fornire al Ministero della sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali; in caso di inadempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede all'acquisizione dei dati attraverso commissari ad acta ponendo a carico degli enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti.

(100) Articolo inserito dall'art. 6, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

(101) Con Del. 13 novembre 2003 è stato sancito l'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano avente ad oggetto la determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2003-2004, in attuazione di quanto disposto dal presente articolo.

Art. 7 (Dipartimenti di prevenzione) (102) **In vigore dal 31 luglio 1999**

[1. Le regioni istituiscono presso ciascuna unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle unità sanitarie locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

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

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria. (103)

]

2. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si

avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli Istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.

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

(102) Articolo sostituito dall'*art. 8, comma 1, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(103) Comma abrogato dall'*art. 7, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 7-bis (Dipartimento di prevenzione) (104)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli *articoli 7-ter e 7-quater*. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguitando obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

(104) Articolo inserito dall'*art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 7-ter (Funzioni del dipartimento di prevenzione) (105)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti

sanitari degli inquinanti ambientali;

c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;

e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;

f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

f-bis) tutela della salute nelle attività sportive. (106)

2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

(105) Articolo inserito dall'art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

(106) Lettera aggiunta dall'art. 8, comma 3, lett. s), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.

Art. 7-quater (Organizzazione del dipartimento di prevenzione) (107) **In vigore dal 1 gennaio 2015**

1. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguitamento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate. (108)

2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

a) igiene e sanità pubblica;

b) igiene degli alimenti e della nutrizione;

c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

d) sanità animale;

e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

4. Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguitamento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite. (109)

4-bis. L'articolazione delle aree dipartimentali nelle strutture organizzative di cui al comma 2 rappresenta il livello di organizzazione che le regioni assicurano per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nonché l'osservanza degli obblighi previsti dall'ordinamento dell'Unione

europea. (111)

4-ter. Le regioni assicurano che le strutture organizzative di cui alle lettere b), d), e) e f) del comma 2 siano dotate di personale adeguato, per numero e qualifica, a garantire le finalità di cui al comma 4-bis, nonché l'adempimento degli obblighi derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea in materia di controlli ufficiali, previsti dal regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004. (111)

4-quater. Le strutture organizzative di cui al comma 2 sono possibilmente individuate quali strutture complesse. (111)

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza. (110)

(107) Articolo inserito dall'*art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

(108) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. b-bis, n. 1), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189.*

(109) Comma così sostituito dall'*art. 4, comma 1, lett. b-bis, n. 2), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189.*

(110) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. b-bis, n. 3), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189.*

(111) Comma inserito dall'*art. 1, comma 582, L. 23 dicembre 2014, n. 190.*

Art. 7-quinquies (Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente) (112) In vigore dal 31 luglio 1999

1. Il Ministro della sanità ed il Ministro dell'ambiente, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stipulano, nell'ambito delle rispettive competenze, un accordo quadro per il coordinamento e la integrazione degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente che individua i settori di azione congiunta ed i relativi programmi operativi.

2. Le regioni individuano le modalità e i livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipulazione di accordi di programma e convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio. Tali accordi devono comunque garantire l'erogazione delle prestazioni richieste dalle unità sanitarie locali per lo svolgimento di funzioni e di compiti istituzionali senza oneri aggiuntivi per il Servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni e le unità sanitarie locali, per le attività di laboratorio già svolte dai presidi multizionali di prevenzione come compito di istituto, in base a norme vigenti, nei confronti delle unità sanitarie locali, si avvalgano delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente.

(112) Articolo inserito dall'*art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 7-sexies (Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità) (113)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari delle unità sanitarie locali e gli Istituti zooprofilattici sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonché le modalità integrative rispetto all'attività dei Posti di ispezione frontaliera veterinaria e degli Uffici veterinari di confine, porto ed aeroporto e quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari.

(113) Articolo inserito dall'*art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 7-septies (Funzioni di profilassi internazionale) (114) (115)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. Nell'ambito di quanto previsto dal *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, relativamente alle funzioni di profilassi internazionale, le attribuzioni di igiene pubblica, ambientale e del lavoro di cui al *decreto ministeriale 22 febbraio 1984*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 77 del 17 marzo 1984, ed al *decreto ministeriale 2 maggio 1985*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 142 del 18 giugno 1985, ad esclusione delle suddette funzioni di profilassi internazionali su merci, persone e flussi migratori svolte dagli Uffici di sanità marittima e aerea del Ministero della sanità, sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali territorialmente competenti.

(114) Articolo inserito dall'*art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(115) Con *Prov. 6 dicembre 2000, n. 1087*, è stato sancito l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in tema di funzioni di profilassi internazionale.

Art. 7-octies (Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro) (116)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'*articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, sono definiti, sulla base dei principi e criteri di cui agli *articoli 7-bis e 7-ter*, gli indirizzi per un programma di azione nazionale per la prevenzione degli infortuni e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, con particolare attenzione al coordinamento fra le competenze ispettive delle unità sanitarie locali, cui spetta la vigilanza sull'ambiente di lavoro, e quelle degli ispettorati del lavoro e dell'INAIL, nonché delle altre strutture di vigilanza, fermo restando quanto previsto in materia dal *decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626*, e in particolare gli *articoli 25 e 27*.

2. Il dipartimento di prevenzione assicura, nella programmazione della propria attività destinata alla tutela

della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, il raccordo con gli organismi paritetici previsti dall'*articolo 20 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626*, o, qualora non ancora costituiti, con le parti sociali.

(116) Articolo inserito dall'*art. 7, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Titolo II PRESTAZIONI

Art. 8 (Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali) (147) In vigore dal 30 maggio 2023

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: (117)

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; (133)

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 ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrono 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; (134)

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; (134)

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); (134)

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; (144)

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); (134)

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; (134)

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; (135)]

[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; (138)]

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; (139)

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; (118)

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; (136)

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 inherente alla branca d'interesse. Il requisito della specializzazione non è richiesto per l'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale; (146)

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; (119)

I) 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 attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione; (120)

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; (128)

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; (137)

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 (145).

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. (121) (150)

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; (129)

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; (130)

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 dei lavori, 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; (131)

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); (122)

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; (132)

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. (132) (151)

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: (148)

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. (123)

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-novies* dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'*articolo 15-novies, 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. (123)

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 (149) . 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 esplodenti, 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. (124)

[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 modulare 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. (125) (140) (152)]

[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. (125) (141)]

[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. (125) (142) (152)]

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. (126)

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. (127)

[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. (125) (143)]

(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) 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 lettera h) con le lettere h), h-bis e h-ter). Successivamente, la presente lettera è stata così modificata dall'art. 15-ter, comma 3, D.L. 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 maggio 2023, n. 56.
- (147) 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.
- (148) Per i criteri di valutazione del servizio prestato, vedi il D.P.C.M. 8 marzo 2001.
- (149) 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.
- (150) Il regolamento di cui al presente comma è stato approvato con D.P.C.M. 12 dicembre 1997, n. 502.
- (151) 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.
- (152) Vedi, anche, l'art. 2, commi 7, 8 e 9, L. 28 dicembre 1995, n. 549.

Art. 8-bis (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali) (153)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.
2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.
3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter,

dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie.

(153) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie) (154)
In vigore dal 1 gennaio 2021

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi, e per l'erogazione di cure domiciliari.

(157)

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'*art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 1993, n. 493* e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. (156)

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'*articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'*articolo 8, comma 4, del presente decreto*. In sede di modifica del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, le regioni determinano: (155)

- a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;
- b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo

idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

(154) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(155) Alinea modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. i), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(156) Il presente comma era stato abrogato dall'*art. 27, comma 2, D.L. 24 giugno 2014, n. 90*; successivamente, tale modifica non è stata confermata dalla legge di conversione (*L. 11 agosto 2014, n. 114*).

(157) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 406, lett. a), L. 30 dicembre 2020, n. 178*, a decorrere dal 1º gennaio 2021.

Art. 8-quater (Accreditamento istituzionale) (158) (163)

In vigore dal 27 agosto 2022

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'*articolo 9*. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'*articolo 1, comma 18*, e alle strutture private lucrative. (161)

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'*articolo 8-quinquies*. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'*articolo 8-quinquies*.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'*articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per: (159)

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate; (160)

c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

- a) garantire l'egualanza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;
- b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;
- c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;
- d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;
- e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;
- f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;
- g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'*articolo 8-octies*;
- h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);
- i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;
- l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;
- m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;
- o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'*articolo 16-ter*;
- p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli *articoli 3 e 4*, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;
- q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'*articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724*, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'*articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*. (162) (164)

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'*articolo 8-quinquies*, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'*articolo 13*, si procede, con le modalità di cui all'*articolo 28, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

(158) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(159) Alinea modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. I), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(160) Lettera così modificata dall'*art. 79, comma 1-quinquies, lett. c), D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 6 agosto 2008, n. 133*.

(161) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 406, lett. b), L. 30 dicembre 2020, n. 178*, a decorrere dal 1° gennaio 2021.

(162) Comma così sostituito dall'*art. 15, comma 1, lett. a), L. 5 agosto 2022, n. 118*.

(163) Vedi, anche, l'*art. 1, comma 796 , L. 27 dicembre 2006, n. 296*.

(164) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 19 dicembre 2022*.

Art. 8-quinquies (Accordi contrattuali) (165) (174)

In vigore dal 27 agosto 2022

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti: (166)

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzo per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

1-bis I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'*articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 17 dicembre 2012, n. 221*, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo *articolo 12*, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'*articolo 8-quater, comma 7*. (175) (177)

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1 e con le modalità di cui al comma 1-bis, la regione e le

unità sanitarie locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonché con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano: (169)

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati; (170) (173)
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'*articolo 8-octies*;
- e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato. (168)

[2-bis Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-ter, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari. (167) (172) (176)]

[2-ter Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia. (167) (172)]

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'*articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli *articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'*articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412* e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis). (171)

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'*articolo 8-quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso. (171)

(165) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(166) Alinea modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. m), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

- (167) Comma abrogato dall'art. 2268, comma 1, n. 896), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010.
- (168) Lettera aggiunta dall'art. 8, comma 1, lett. b), D.L. 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla L. 28 febbraio 2008, n. 31.
- (169) Alinea così modificato dall'art. 79, comma 1-quinquies, lett. d), n. 1), D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, dall'art. 1, comma 406, lett. c), L. 30 dicembre 2020, n. 178, a decorrere dal 1° gennaio 2021, e, successivamente, dall'art. 15, comma 1, lett. b), n. 2), L. 5 agosto 2022, n. 118.
- (170) Lettera così modificata dall'art. 79, comma 1-quinquies, lett. d), n. 2), D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2008, n. 133.
- (171) Comma aggiunto dall'art. 79, comma 1-quinquies, lett. d), n. 3), D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2008, n. 133.
- (172) Comma aggiunto dall'art. 7, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.
- (173) La Corte Costituzionale, con sentenza interpretativa di rigetto 20-27 luglio 2011, n. 248 (Gazz. Uff. 3 agosto 2011, n. 33, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale della presente lettera, sollevata - in riferimento agli articoli 3, 97 e 113 della Costituzione - dal Tribunale amministrativo regionale per la Sicilia; ha inoltre dichiarato non fondate le ulteriori questioni di legittimità costituzionale della presente lettera, sollevate in riferimento agli articoli 3, 32 e 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.
- (174) In deroga a quanto disposto dal presente articolo vedi l'art. 3, comma 2, D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27.
- (175) Comma inserito dall'art. 15, comma 1, lett. b), n. 1), L. 5 agosto 2022, n. 118.
- (176) Per l'individuazione delle categorie destinatarie e delle tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari, vedi il D.M. 31 ottobre 2000.
- (177) Vedi, anche, il D.M. 19 dicembre 2022.

Art. 8-sexies (Remunerazione) (178) (183)

In vigore dal 7 luglio 2012

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

1-bis. Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato. (180) (182)

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

- a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

5. Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'*articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di:

a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;

b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;

c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il *decreto del Ministro della Sanità 15 aprile 1994*, recante "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994. (179) (181) (184)

6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

7. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'*articolo 1*, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta. (185)

8. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

(178) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(179) Comma così modificato dall'*art. 79, comma 1-quinquies, lett. a), nn. 1) e 2), D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2008, n. 133.

(180) Comma inserito dall'*art. 15, comma 13, lett. g*, D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla *L. 7 agosto 2012, n. 135*.

(181) A norma dell'*art. 64, comma 2, D.P.C.M. 12 gennaio 2017*, dalla data di entrata in vigore delle disposizioni del decreto emanato ai sensi del presente comma, decorreranno le abrogazioni previste dal suddetto *art. 64, comma 2, D.P.C.M. 12 gennaio 2017*.

(182) In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi l'*art. 32, comma 1, D.L. 8 aprile 2020, n. 23*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 5 giugno 2020, n. 40*, e, successivamente, l'*art. 4, comma 1, D.L. 19 maggio 2020, n. 34*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 17 luglio 2020, n. 77*.

(183) In deroga a quanto disposto dal presente articolo vedi l'*art. 1, comma 7-quater, D.L. 13 marzo 2021, n. 30*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 6 maggio 2021, n. 61*.

(184) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 21 novembre 2005* e il *D.M. 18 ottobre 2012*. In deroga alle disposizioni del presente comma vedi l'*art. 15, commi 15 e 16, D.L. 6 luglio 2012, n. 95*.

(185) Vedi, anche, il *D.M. 12 settembre 2006*.

Art. 8-septies (Prestazioni erogate in forma indiretta) (186)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'*articolo 8-sexies*. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229* (187), è abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero. (188)

(186) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(187) Termine prorogato al 31 dicembre 2001, con l'esclusione delle prestazioni assistenziali erogate in regime di attività libero-professionale extramuraria, dall'*art. 92, comma 16, L. 23 dicembre 2000, n. 388*, a decorrere dal 1° gennaio 2001.

(188) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. n), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

Art. 8-octies (Controlli) (189)

In vigore dal 27 agosto 2022

1. La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2. Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresentano elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di

Bolzano, sono stabiliti, sulla base dei criteri di cui all'*articolo 8-quinquies*, i principi in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate. Le regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, entro sessanta giorni determinano: (190)

- a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo;
- c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;
- d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 individua altresì i criteri per la verifica di:

- a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
- c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza;
- d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi.

4-bis. Salvo il disposto dei commi 2 e 3, il mancato adempimento degli obblighi di alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), nei termini indicati dall'*articolo 12, comma 1, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 17 dicembre 2012, n. 221*, e nel rispetto delle modalità e delle misure tecniche individuate ai sensi del comma 7 del medesimo *articolo 12*, costituisce grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali di cui all'*articolo 8-quinquies*. (191)

(189) Articolo inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(190) Alinea modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. o), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(191) Comma aggiunto dall'*art. 15, comma 1, lett. c), L. 5 agosto 2022, n. 118*.

Art. 9 (Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale) (192) (196)

In vigore dal 27 agosto 2022

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'*articolo 1*, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

2. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.

3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

- a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;

- b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
- c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
- d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'*articolo 1*, comma 16, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
- b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'*articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*;
- c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
- c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;
- c-bis) le prestazioni di prevenzione primaria e secondaria che non siano a carico del Servizio sanitario nazionale; (193)
- c-ter) le prestazioni di long term care (LTC) che non siano a carico del Servizio sanitario nazionale; (193)
- c-quater) le prestazioni sociali finalizzate al soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico che non siano a carico del Servizio sanitario nazionale, ferma restando l'applicazione delle disposizioni di cui all'*articolo 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328* (193).

6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281*, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

8. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'*articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:

- a) le modalità di costituzione e di scioglimento;
- b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
- c) le forme e le modalità di contribuzione;

d) i soggetti destinatari dell'assistenza;
 e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
 f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'*articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, con finalità di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e sulle relative modalità di funzionamento, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati con apposito decreto del Ministro della salute. (194) (197)

9-bis. Al Ministero della salute è inoltre assegnata la funzione di monitoraggio delle attività svolte dai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale nonché dagli enti, dalle casse e dalle società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, di cui all'*articolo 51, comma 2, lettera a), del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917*. A tal fine ciascun soggetto interessato invia periodicamente al Ministero della salute i dati aggregati relativi al numero e alle tipologie dei propri iscritti, al numero e alle tipologie dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alle tipologie di prestazioni complessivamente erogate, distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale ed altre tipologie, nelle forme indicate con apposito decreto del Ministro della salute. (195) (198)

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'*articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133*.

(192) Articolo sostituito dall'*art. 10, comma 1, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, dall'*art. 9, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(193) Lettera aggiunta dall'*art. 15, comma 1, lett. d), n. 1), L. 5 agosto 2022, n. 118*.

(194) Comma così modificato dall'*art. 15, comma 1, lett. d), n. 2), L. 5 agosto 2022, n. 118*.

(195) Comma inserito dall'*art. 15, comma 1, lett. d), n. 3), L. 5 agosto 2022, n. 118*.

(196) Per l'ambito di applicazione dei fondi integrativi di cui al presente articolo, vedi l'*art. 26, L. 8 novembre 2000, n. 328*. Vedi, anche, il *D.M. 31 marzo 2008*.

(197) Vedi, anche, il *Comunicato 31 gennaio 2023*, pubblicato nella G.U. 31 gennaio 2023, n. 25.

(198) Vedi, anche, il *Comunicato 31 gennaio 2023*, pubblicato nella G.U. 31 gennaio 2023, n. 25.

Art. 9-bis (Sperimentazioni gestionali) (199)

In vigore dal 20 settembre 2001

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano autorizzano programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. (200)

2. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'*articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460*;

- b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;
- c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;
- d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
- e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;
- f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione. (201)
3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.
4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

(199) Articolo aggiunto dall'*art. 11, comma 1, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, sostituito dall'*art. 10, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(200) Comma modificato dall'*art. 3, comma 6, lett. a), D.L. 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 16 novembre 2001, n. 405*.

(201) Comma modificato dall'*art. 3, comma 6, lett. b), D.L. 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 16 novembre 2001, n. 405*.

Art. 10 (Controllo di qualità) In vigore dal 1 giugno 1994

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale. (202)
2. Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'*articolo 8, comma 4*, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni. Il Ministro della sanità interviene nell'esercizio del potere di alta vigilanza. (203)
3. Con decreto del Ministro della sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome e sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli

indicatori di efficienza e di qualità. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori. (205)

4. Il Ministro della sanità accerta lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche e delle commissioni professionali di verifica. La rilevazione dei dati contenuti nelle prescrizioni mediche è attuata dalle regioni e dalle province autonome con gli strumenti ritenuti più idonei. Il Ministro della sanità acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il Ministro provvede direttamente. (204)

(202) Comma sostituito dall'art. 12, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

(203) Comma sostituito dall'art. 12, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

(204) Comma sostituito dall'art. 4, comma 2, D.L. 30 maggio 1994, n. 325.

(205) In attuazione del presente comma vedi il D.M. 24 luglio 1995.

Titolo III FINANZIAMENTO

Art. 11 (Versamento contributi assistenziali)

In vigore dal 1 gennaio 1998

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

2. In sede di prima applicazione, nei primi cinque mesi del 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto. (206)

3. I datori di lavoro agricoli versano allo S.c.a.u., con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo S.c.a.u. riversa all'INPS i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle Casse marittime che provvedono a riversarli all'INPS entro quindici giorni dalla riscossione. (212)

4. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale entro il bimestre successivo a quello della loro riscossione. (207)

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

6. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita

vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

7. Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1° gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi cinque mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di giugno 1993. (206)

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

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

10. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'INPS, ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accreditamento dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento agli interi primi cinque mesi del 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'INPS provvede, entro il 30 agosto 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nei primi cinque mesi del 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del Fondo sanitario nazionale. Con decreto del Ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma. (206)

11. I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione è inviato alle regioni il rendiconto del primo semestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello Stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al Parlamento del Rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive. (206)

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

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

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

[15. Il CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome delibera annualmente l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale attribuiti a ciascuna delle regioni. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, erogate per il medesimo anno. (208) (210)]

16. In deroga a quanto previsto dall'*articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382*,

convertito con modificazioni dalla *legge 25 gennaio 1990, n. 8*, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi nove mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992. (206)

[17. A decorrere dall'anno 1994, il Ministro del tesoro è autorizzato a concedere alle regioni anticipazioni mensili da accreditare ai conti correnti relativi ai contributi sanitari in essere presso la Tesoreria centrale dello Stato, nei limiti di un dodicesimo dell'importo complessivo presunto dei contributi sanitari alle stesse attribuiti nonché delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente deliberate dal CIPE, in favore delle medesime regioni, in ciascun anno; nelle more della deliberazione del CIPE predette anticipazioni mensili sono commisurate al 90 per cento dell'importo complessivo presunto dei contributi sanitari e delle quote del Fondo sanitario nazionale relativi all'anno precedente. (208) (211)]

18. E' abrogato l'*art. 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 25 gennaio 1990, n. 8*. (209)

[19. Alla copertura finanziaria dell'eventuale differenza tra il complesso dei contributi sanitari previsto in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale ed i contributi effettivamente riscossi dalle regioni si provvede mediante specifica integrazione del Fondo sanitario nazionale quantificata dalla legge finanziaria ai sensi dell'*art. 11, comma 3, lettera d*), della legge 5 agosto 1978, n. 468. (208) (211)]

20. La partecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini italiani, compresi i familiari, i quali risiedono in Italia e sono, in esecuzione di trattati bilaterali o multilaterali stipulati dall'Italia, esentati da imposte dirette o contributi sociali di malattia sui salari, emolumenti ed indennità percetti per il servizio prestato in Italia presso missioni diplomatiche o uffici consolari, sedi o rappresentanze di organismi o di uffici internazionali, o Stati esteri, è regolata mediante convenzioni tra il Ministero della sanità, il Ministero del tesoro, e gli organi competenti delle predette missioni, sedi o rappresentanze e Stati. (209)

(206) Comma modificato dall'*art. 39, D.L. 29 ottobre 1993, n. 429* e successivamente sostituito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(207) Comma sostituito dall'*art. 13, comma 1, lett. b*, *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(208) Comma abrogato dall'*art. 39, comma 5, D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446*.

(209) Comma aggiunto dall'*art. 13, comma 1, lett. h*, *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(210) Comma sostituito dall'*art. 13, comma 1, lett. f*, *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(211) Comma aggiunto dall'*art. 13, comma 1, lett. h*, *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(212) Con decorrenza 1° luglio 1995 il servizio per i contributi agricoli unificati (SCAU) è soppresso e le funzioni ed il personale sono trasferiti all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e all'Istituto nazionale per gli infortuni sul lavoro (INAIL), secondo le rispettive competenze, per effetto dell'*art. 19, L. 23 dicembre 1994, n. 724*.

Art. 12 (Fondo sanitario nazionale) (220)

In vigore dal 16 marzo 2001

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni. (221)

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

a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:

1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;

2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

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

4) Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria; (219)

b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie e le attività del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo; (213) (222)

c) rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'*art. 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e successive modificazioni. (214) (218) (223)

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'*articolo 1*, con riferimento ai seguenti elementi:

a) popolazione residente;

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

c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali. (215)

4. Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale assicura quote di finanziamento destinate al riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche. (216)

5. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente assicura altresì, nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto, quote di finanziamento destinate alle regioni che presentano servizi e prestazioni eccedenti quelli da garantire comunque a tutti i cittadini rapportati agli standard di riferimento. (216)

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel Fondo comune di cui all'*articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281*, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio. (217)

(213) Lettera modificata dall'*art. 10, comma 1, L. 6 marzo 2001, n. 52*, a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella G.U.

(214) Comma sostituito dall'*art. 14, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(215) Comma sostituito dall'*art. 14, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(216) Comma sostituito dall'*art. 14, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(217) Comma modificato dall'*art. 14, comma 1, lett. d), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*.

(218) Per la rideterminazione dell'autorizzazione di spesa, di cui al presente comma, vedi l'*art. 4, comma 87, L. 12 novembre 2011, n. 183* e l'*art. 1, comma 600, L. 23 dicembre 2014, n. 190*.

(219) Per la rideterminazione dell'autorizzazione di spesa di cui alla presente lettera vedi l'*art. 1, comma 472, L. 30 dicembre 2020, n. 178*.

- (220) Per la riduzione, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, della quota spettante alle regioni, vedi l'*art. 1, comma 23, L. 23 dicembre 1996, n. 662.*
- (221) Per la cessazione dei trasferimenti erariali di cui al presente comma a decorrere dall'anno 2001 e per la relativa compensazione, vedi gli *artt. da 1 a 5, D. Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.*
- (222) Per il Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo, vedi la *L. 6 marzo 2001, n. 52.*
- (223) Le risorse previste nel presente comma sono costituite da una quota dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale stabilita dalla annuale legge finanziaria, ai sensi di quanto disposto dall'*art. 3, D.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213.*

Art. 12-bis (Ricerca sanitaria) (224) (228)**In vigore dal 23 giugno 2001**

1. La ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale.

2. Il Piano sanitario nazionale definisce, con riferimento alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e tenendo conto degli obiettivi definiti nel Programma nazionale per la ricerca di cui al *decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204,* gli obiettivi e i settori principali della ricerca del Servizio sanitario nazionale, alla cui coerente realizzazione contribuisce la comunità scientifica nazionale.

3. Il Ministero della Sanità, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, di cui all'*articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266,* elabora il programma di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale, di cui al *decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204,* e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma è adottato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, ha validità triennale ed è finanziato dalla quota di cui all'*articolo 12, comma 2.*

4. Il Programma di ricerca sanitaria:

a) individua gli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione;
b) favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi;

c) individua gli strumenti di valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica delle procedure e degli interventi, anche in considerazione di analoghe sperimentazioni avviate da agenzie internazionali e con particolare riferimento agli interventi e alle procedure prive di una adeguata valutazione di efficacia;

d) favorisce la ricerca e la sperimentazione volte a migliorare la integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale, con particolare riferimento alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

e) favorisce la ricerca e la sperimentazione volta a migliorare la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi sanitari, a promuovere l'informazione corretta e sistematica degli utenti e la loro partecipazione al miglioramento dei servizi;

f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione della attività degli operatori, la verifica ed il monitoraggio e il monitoraggio dei risultati conseguiti.

5. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di ricerca corrente e di ricerca finalizzata. La ricerca corrente è attuata tramite i progetti istituzionali degli organismi di ricerca di cui al comma seguente nell'ambito degli indirizzi del programma nazionale, approvati dal Ministro della sanità. La ricerca finalizzata attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca biomedica finalizzata sono approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro

dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

6. Le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle regioni, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati nonché dagli Istituti zooprofilattici sperimentali. Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le università, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.

7. Per l'attuazione del programma il Ministero della sanità, anche su iniziativa degli organismi di ricerca nazionali, propone al Ministero per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e agli altri ministeri interessati le aree di ricerca biomedica e sanitaria di interesse comune, concordandone l'oggetto, le modalità di finanziamento e i criteri di valutazione dei risultati delle ricerche.

8. Il Ministero della sanità, nell'esercizio della funzione di vigilanza sull'attuazione del programma nazionale, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria di cui all'*articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266*, degli organismi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e delle regioni, sulla base di metodologie di accreditamento qualitativo. (225)

9. Anche ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici istituiti presso ciascuna azienda sanitaria ai sensi dei *decreti ministeriali 15 luglio 1997*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 18 agosto 1997, n. 191, e *18 marzo 1998*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 28 maggio 1998, n. 122, tenendo conto delle indicazioni e dei requisiti minimi di cui ai predetti decreti e istituendo un registro dei Comitati etici operanti nei propri ambiti territoriali.

10. Presso il Ministero della sanità è istituito il Comitato etico nazionale per la ricerca e per le sperimentazioni cliniche (226). Il Comitato:

a) segnala, su richiesta della Commissione per la ricerca sanitaria ovvero di altri organi o strutture del Ministero della sanità o di altre pubbliche amministrazioni, le conseguenze sotto il profilo etico dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;

b) comunica a organi o strutture del Ministero della sanità le priorità di interesse dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;

c) coordina le valutazioni etico-scientifiche di sperimentazioni cliniche multicentriche di rilevante interesse nazionale, relative a medicinali o a dispositivi medici, su specifica richiesta del Ministro della sanità;

d) esprime parere su ogni questione tecnico-scientifica ed etica concernente la materia della ricerca di cui al comma 1 e della sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi medici che gli venga sottoposta dal Ministro della sanità. (227)

11. Le regioni formulano proposte per la predisposizione del programma di ricerca sanitaria di cui al presente articolo, possono assumere la responsabilità della realizzazione di singoli progetti finalizzati, e assicurano il monitoraggio sulla applicazione dei conseguenti risultati nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

(224) Articolo inserito dall'*art. 11, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(225) Comma modificato dall'*art. 9, comma 1, lett. c), D.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213*.

(226) Per la composizione e determinazione delle funzioni del Comitato etico nazionale di cui al presente comma, vedi il *D.M. 23 novembre 1999*.

(227) Per la sperimentazione clinica controllata in medicina generale ed in pediatria di libera scelta, vedi il *D.M. 10 maggio 2001*.

(228) Per l'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza», vedi la *Del. 22 maggio 2003*.

Art. 13 (Autofinanziamento regionale)**In vigore dal 1 gennaio 1993**

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'*articolo 1*, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo *articolo 1*, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato. (229)
2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'*articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41*, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'*art. 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.
3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

(229) La Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355 (Gazz. Uff. 4 agosto 1993, n. 32 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui, nello stabilire l'esonero immediato e totale dello Stato da interventi finanziari volti a far fronte ai disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, non prevede una adeguata disciplina diretta a rendere graduale il passaggio e la messa a regime del sistema di finanziamento previsto nello stesso *decreto legislativo n. 502 del 1992*.

Titolo IV PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Art. 14 (Diritti dei cittadini)**In vigore dal 31 luglio 1999**

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. (230) (234)
2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i

cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ognqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere. (231)

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

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

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

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993. (232)

7. E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscono gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative. (233)

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

-
- (230) Comma sostituito dall'art. 15, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.
(231) Comma modificato dall'art. 12, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
(232) Comma sostituito dall'art. 15, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.
(233) Comma sostituito dall'art. 15, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.
(234) Con D.M. 15 ottobre 1996 sono stati approvati gli indicatori di cui al presente comma.

Titolo V PERSONALE

Art. 15 (Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie) (235) In vigore dal 27 agosto 2022

1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previste, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato. (243)
2. La dirigenza sanitaria è disciplinata dal *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto. (243)
3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.
4. All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica di cui al comma 5, al dirigente, con cinque anni di attività con valutazione positiva sono attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché possono essere attribuiti incarichi di direzione di strutture semplici. (236)
5. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle regioni, le quali tengono conto anche dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e successive modificazioni, nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli

strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'*articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.* (237)

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

7. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del *decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483* ivi compresa la possibilità di accesso con una specializzazione in disciplina affine. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484.* (238)

7-bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione è effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, dei quali almeno due responsabili di strutture complesse in regioni diverse da quella ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto. I direttori di struttura complessa sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fosse sorteggiato più di un direttore di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, è nominato componente della commissione il primo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino a individuare almeno due componenti della commissione direttori di struttura complessa in regioni diverse da quella ove ha sede la predetta azienda. Se all'esito del sorteggio di cui al secondo o al terzo periodo la metà dei direttori di struttura complessa non è di genere diverso, si prosegue nel sorteggio fino ad assicurare ove possibile l'effettiva parità di genere nella composizione della commissione, fermo restando il criterio territoriale di cui al terzo periodo. Assume le funzioni di presidente della commissione il componente con maggiore anzianità di servizio tra i tre direttori sorteggiati. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente. In deroga alle disposizioni di cui al primo periodo, nella provincia autonoma di Bolzano la selezione per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa è effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, dei quali almeno un responsabile di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione attribuisce a ciascun candidato un punteggio complessivo secondo criteri fissati preventivamente e redige la graduatoria dei candidati. Il direttore generale dell'azienda sanitaria procede alla nomina del candidato che ha conseguito il miglior punteggio. A

parità di punteggio prevale il candidato più giovane di età. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso di dimissioni o decadenza del dirigente a cui è stato conferito l'incarico, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico mediante scorriamento della graduatoria dei candidati;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare;

d) il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, i criteri di attribuzione del punteggio, la graduatoria dei candidati e la relazione della commissione sono pubblicati nel sito internet dell'azienda prima della nomina. I curricula dei candidati e l'atto motivato di nomina sono pubblicati nei siti internet istituzionali dell'ateneo e dell'azienda ospedaliero-universitaria interessati. (242) 7-ter. L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui al comma 5. (241)

7-quater. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale. (241)

7-quinquies. Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'*articolo 15-septies*. (241)

8. L'attestato di formazione manageriale di cui all'*articolo 5, comma 1, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484*, come modificato dall'*articolo 16-quinquies*, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale programmato dalla regione, i dirigenti confermati nell'incarico sono esonerati dal possesso dell'attestato di formazione manageriale. (239) (244)

9. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti in godimento alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*. (240)

(235) Articolo modificato dall'*art. 16, comma 1, lett. a) e b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*, dall'*art. 2, comma 1-quinquies, D.L. 18 novembre 1996, n. 583*, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 gennaio 1997, n. 4 e, successivamente, sostituito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(236) Comma modificato dall'*art. 8, comma 1, lett. d), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(237) Comma modificato dall'*art. 8, comma 1, lett. a) ed e), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 e*, successivamente, così sostituito dall'*art. 4, comma 1, lett. c), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189; per i limiti di applicabilità di tale ultima disposizione, vedi l'*art. 4, comma 2 del medesimo D.L. 158/2012*.

(238) Comma così modificato dall'*art. 8, comma 1, lett. b), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 e*, successivamente, dall'*art. 4, comma 1, lett. d), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189; per i limiti di applicabilità di tale ultima disposizione, vedi l'*art. 4, comma 2 del medesimo D.L. 158/2012*.

(239) Comma modificato dall'*art. 8, commi 1, lett. c), e 3, lett. p), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(240) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. p), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(241) Comma inserito dall'*art. 4, comma 1, lett. d), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189; per i limiti di applicabilità di tale ultima disposizione, vedi l'*art. 4, comma 2 del medesimo D.L. 158/2012*.

(242) Comma inserito dall'*art. 4, comma 1, lett. d), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189; per i limiti di applicabilità di tale disposizione vedi l'*art. 4, comma 2 del medesimo D.L. 158/2012*.

Successivamente, il presente comma è stato così sostituito dall'*art. 20, comma 1, L. 5 agosto 2022, n. 118*.

(243) La Corte costituzionale, con ordinanza 28 gennaio-6 febbraio 2002, n. 22 (Gazz. Uff. 13 febbraio 2002, n. 7, serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'*art. 15, commi 1 e 2, prima parte*, sollevata in riferimento agli artt. 3 e 76 della Costituzione.

(244) Vedi, anche, l'*art. 5, comma 5, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

Art. 15-bis (Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura) (245)

In vigore dal 12 aprile 2002

1. L'atto aziendale di cui all'*articolo 3, comma 1-bis*, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'*articolo 15-ter*. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'*articolo 15-sexies*.

3. A far data dal 31 dicembre 2002 (246) sono soppressi i rapporti di lavoro a tempo definito per la dirigenza sanitaria. In conseguenza della maggiore disponibilità di ore di servizio sono resi indisponibili in organico un numero di posti della dirigenza per il corrispondente monte ore. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi. (247)

(245) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(246) A norma dell'*art. 2-septies, comma 2, D.L. 29 marzo 2004, n. 81*, convertito, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, L. 26 maggio 2004, n. 138*, il presente termine è differito alla data della stipulazione del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro successivo all'entrata in vigore della predetta L. 138/2004.

(247) Comma modificato dall'*art. 2, comma 5-bis, D.L. 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla L. 16 novembre 2001, n. 405 e, successivamente, dall'*art. 1, comma 1, D.L. 7 febbraio 2002, n. 8*, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 aprile 2002, n. 56.

Art. 15-ter (Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura) (248) (252)

In vigore dal 11 novembre 2012

1. Gli incarichi di cui all'*articolo 15, comma 4*, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'*articolo 3, comma 1-bis*, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'*articolo 15, comma 5*. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'*articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993* e successive modificazioni. Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico. (249)

2. Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. (251)

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del *codice civile* e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo. (250)

4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

5. Il dirigente preposto ad una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, primo comma, del codice civile.

(248) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(249) Comma così modificato dall'*art. 8, comma 2, lett. a), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*. Successivamente, il presente comma era stato modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. e), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*; tale modifica non è stata confermata dalla legge di conversione (*L. 8 novembre 2012, n. 189*).

(250) Comma modificato dall'*art. 8, comma 2, lett. b), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(251) Comma così sostituito dall'*art. 4, comma 1, lett. e), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.

(252) Per l'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari degli incarichi di cui al presente articolo nelle aziende ospedaliero-universitarie, vedi *art. 5, commi 5 e 6, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

Art. 15-quater (Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario) (253) (259) In vigore dal 30 maggio 2004

1. I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, con i quali sia stato stipulato il contratto di lavoro o un nuovo contratto di lavoro in data successiva al 31 dicembre 1998, nonché quelli che, alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo. (254)

2. Salvo quanto previsto al comma 1, i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998, che hanno optato per l'esercizio dell'attività libero professionale extramuraria, passano, a domanda, al rapporto di lavoro esclusivo.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, tutti i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998 sono tenuti a comunicare al direttore generale l'opzione in ordine al rapporto esclusivo. In assenza di comunicazione si presume che il dipendente abbia optato per il rapporto esclusivo. (255) (254)

4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3 possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di

ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Le regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse. (256)

5. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'*articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva. (257) (258)

(253) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(254) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. q), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(255) Il termine di cui al presente comma è fissato al 14 marzo 2000, dall'*art. 1, comma 1, D.Lgs. 2 marzo 2000, n. 49*. A norma della medesima disposizione il termine del 14 marzo 2000 si applica anche ai dirigenti titolari di incarico quinquennale conferito prima del 31 dicembre 1998.

(256) Comma sostituito dall'*art. 2 septies, comma 1, D.L. 29 marzo 2004, n. 81*, convertito, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, L. 26 maggio 2004, n. 138*.

(257) Per la rideterminazione dell'indennità di cui alla presente lettera vedi l'*art. 1, comma 407, L. 30 dicembre 2020, n. 178*.

(258) Vedi, anche, l'*art. 1, comma 545, L. 30 dicembre 2018, n. 145*.

(259) La Corte costituzionale, con ordinanza 9-14 novembre 2005, n. 423 (Gazz. Uff. 23 novembre 2005, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale degli artt. 15-quater, 15-quinquies e 15-sexies sollevata in riferimento agli artt. 3, 35 e 97 della Costituzione.

Art. 15-quinquies (Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari) (260) (263) (265)

In vigore dal 12 agosto 2006

1. Il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari comporta la totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito.

2. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie:

a) il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione; salvo quanto disposto dal comma 11 dell'*articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448*; (266)

b) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali; (266)

c) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture; (266)

d) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipes dei servizi interessati. Le modalità di svolgimento delle attività di cui al presente comma e i criteri per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati nonché al personale che presta la propria collaborazione sono stabiliti dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro. L'azienda disciplina i casi in cui l'assistito può chiedere all'azienda medesima che la prestazione sanitaria sia resa direttamente dal dirigente scelto dall'assistito ed erogata al domicilio

dell'assistito medesimo, in relazione alle particolari prestazioni sanitarie richieste o al carattere occasionale o straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario già esistente fra il medico e l'assistito con riferimento all'attività libero professionale intramuraria già svolta individualmente o in équipe nell'ambito dell'azienda, fuori dell'orario di lavoro. (261) (266)

3. Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali. La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le équipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali.

4. Nello svolgimento dell'attività di cui al comma 2 non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.

5. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo. Per struttura, ai fini del presente decreto, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista, dall'atto aziendale di cui all'*articolo 3, comma 1-bis*, responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. (264)

6. Ai fini del presente decreto, si considerano strutture complesse i dipartimenti e le unità operative individuate secondo i criteri di cui all'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'*articolo 8-quater, comma 3*. Fino all'emanazione del predetto atto si considerano strutture complesse tutte le strutture già riservate dalla pregressa normativa ai dirigenti di secondo livello dirigenziale.

7. I dirigenti sanitari appartenenti a posizioni funzionali apicali alla data del 31 dicembre 1998, che non abbiano optato per il rapporto quinquennale ai sensi della pregressa normativa, conservano l'incarico di direzione di struttura complessa alla quale sono preposti. Essi sono sottoposti a verifica entro il 31 dicembre 1999, conservando fino a tale data il trattamento tabellare già previsto per il secondo livello dirigenziale. In caso di verifica positiva, il dirigente è confermato nell'incarico, con rapporto esclusivo, per ulteriori sette anni. In caso di verifica non positiva o di non accettazione dell'incarico con rapporto esclusivo, al dirigente è conferito un incarico professionale non comportante direzione di struttura in conformità con le previsioni del contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico di dirigente. (267)

8. Il rapporto di lavoro esclusivo costituisce titolo di preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale.

9. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche al personale di cui all'*articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382*, con le specificazioni e gli adattamenti che saranno previsti in relazione ai modelli gestionali e funzionali di cui all'*articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, dalle disposizioni di attuazione della delega stessa.

10. Fermo restando, per l'attività libero professionale in regime di ricovero, quanto disposto dall'*articolo 72, comma 11, della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, è consentita, in caso di carenza di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, limitatamente alle medesime attività e fino alla data, certificata dalla regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque entro il 31 luglio 2007, l'utilizzazione del proprio studio professionale con le modalità previste dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, serie generale n. 121, del 26 maggio 2000, fermo restando per l'azienda sanitaria la possibilità di vietare l'uso dello studio nel caso di possibile conflitto di interessi. Le regioni possono

disciplinare in modo più restrittivo la materia in relazione alle esigenze locali. (262) (268)

(260) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

(261) Lettera modificata dall'*art. 4 comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.*

(262) Comma sostituito dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*, modificato dall'*art. 1, comma 1, D.L. 23 aprile 2003, n. 89*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 20 giugno 2003, n. 141*, successivamente, dall'*art. 1-quinquies, comma 1, D.L. 27 maggio 2005, n. 87*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 luglio 2005, n. 149 e*, successivamente, dall'*art. 22 bis, comma 2, D.L. 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 agosto 2006, n. 248.*

(263) La Corte costituzionale, con ordinanza 9-14 novembre 2005, n. 423 (Gazz. Uff. 23 novembre 2005, n. 47, 1^a Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale degli artt. 15-quater, 15-quinquies e 15-sexies sollevata in riferimento agli artt. 3, 35 e 97 della Costituzione.

(264) La Corte costituzionale, con sentenza 31 marzo-4 aprile 2008, n. 86 (Gazz. Uff. 9 aprile 2008, n. 16, 1^a Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 15-quinquies, comma 5*, sollevata in riferimento all'*art. 3* della Costituzione.

(265) Per la disciplina sul rapporto di lavoro del personale delle aziende ospedaliero-universitarie, vedi *art. 2, comma 2, lett. a* e *art. 5, comma 15, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.*

(266) Per la disciplina delle prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero o di day hospital, vedi l'*art. 28, L. 23 dicembre 1999, n. 488* a decorrere dal 1^o gennaio 2000.

(267) Vedi anche l'*art. 1, commi da 2 a 4, D.Lgs. 2 marzo 2000, n. 49.*

(268) Vedi, anche, l'*art. 1, comma 2, L. 3 agosto 2007, n. 120.*

Art. 15-sexies (Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria) (269) (270)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari in servizio al 31 dicembre 1998 i quali, ai sensi dell'*articolo 1, comma 10, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

(269) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

(270) La Corte costituzionale, con ordinanza 9-14 novembre 2005, n. 423 (Gazz. Uff. 23 novembre 2005, n. 47, 1^a Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale degli artt. 15-quater, 15-quinquies e 15-sexies sollevata in riferimento agli artt. 3, 35 e 97 della Costituzione.

Art. 15-septies (Contratti a tempo determinato) (271)

In vigore dal 11 novembre 2012

1. I direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, rispettivamente entro i limiti del due per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del due per cento della dotazione organica complessiva degli altri ruoli della dirigenza, fermo restando

che, ove le predette percentuali determinino valori non interi, si applica in ogni caso il valore arrotondato per difetto a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo. (273)

2. Le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore rispettivamente al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, ad esclusione della dirigenza medica, nonché al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, fermo restando che, ove le predette percentuali determinino valori non interi, si applica in ogni caso il valore arrotondato per difetto, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico. (274)

3. Il trattamento economico è determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

4. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 1 i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio.

5. Gli incarichi di cui al presente articolo, conferiti sulla base di direttive regionali, comportano l'obbligo per l'azienda di rendere contestualmente indisponibili posti di organico della dirigenza per i corrispondenti oneri finanziari.

5-bis Per soddisfare le esigenze connesse all'espletamento dell'attività libero professionale deve essere utilizzato il personale dipendente del servizio sanitario nazionale. Solo in caso di oggettiva e accertata impossibilità di far fronte con il personale dipendente alle esigenze connesse all'attivazione delle strutture e degli spazi per l'attività libero professionale, le aziende sanitarie possono acquisire personale, non dirigente, del ruolo sanitario e personale amministrativo di collaborazione, tramite contratti di diritto privato a tempo determinato anche con società cooperative di servizi. Per specifici progetti finalizzati ad assicurare l'attività libero professionale, le aziende sanitarie possono, altresì, assumere il personale medico necessario, con contratti di diritto privato a tempo determinato o a rapporto professionale. Gli oneri relativi al personale di cui al presente comma sono a totale carico della gestione di cui all'*articolo 3, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724*. La validità dei contratti è subordinata, a pena di nullità, all'effettiva sussistenza delle risorse al momento della loro stipulazione. Il direttore generale provvede ad effettuare riscontri trimestrali al fine di evitare che la contabilità separata presenti disavanzi. Il personale assunto con rapporto a tempo determinato o a rapporto professionale è assoggettato al rapporto esclusivo, salvo espressa deroga da parte dell'azienda, sempre che il rapporto di lavoro non abbia durata superiore a sei mesi e cessi comunque a tale scadenza. La deroga può essere concessa una sola volta anche in caso di nuovo rapporto di lavoro con altra azienda. (272)

(271) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(272) Comma aggiunto dall'*art. 2, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(273) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. e-bis, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.

(274) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. e-ter, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.

**Art. 15-octies (Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati) (275)
In vigore dal 31 luglio 1999**

1. Per l'attuazione di progetti finalizzati, non sostitutivi dell'attività ordinaria, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere possono, nei limiti delle risorse di cui all'*articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, a tal fine disponibili, assumere con contratti di diritto privato a tempo determinato soggetti in possesso di diploma di laurea ovvero di diploma universitario, di diploma di scuola secondaria di secondo grado o di titolo di abilitazione professionale, nonché di abilitazione all'esercizio della professione, ove prevista.

(275) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

**Art. 15-nones (Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali) (276) (281)
In vigore dal 24 novembre 2010**

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti. E' abrogata la *legge 19 febbraio 1991, n. 50*, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio. (278) (280) (279)

2. Il personale medico universitario di cui all'*articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382*, cessa dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali di cui all'*articolo 6, comma 1*, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento del limite massimo di età di sessantasette anni. Il personale già in servizio cessa dalle predette attività e direzione al compimento dell'età di settanta anni se alla data del 31 dicembre 1999 avrà compiuto sessantasei anni e all'età di sessantotto anni se alla predetta data avrà compiuto sessanta anni. I protocolli d'intesa tra le regioni e le università e gli accordi attuativi dei medesimi, stipulati tra le università e le aziende sanitarie ai sensi dell'*articolo 6, comma 1*, disciplinano le modalità e i limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca. (277)

3. Le disposizioni di cui al precedente comma 1 si applicano anche nei confronti del personale a rapporto convenzionale di cui all'*articolo 8*. In sede di rinnovo delle relative convenzioni nazionali sono stabiliti tempi e modalità di attuazione.

4. Restano confermati gli obblighi contributi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'*articolo 8*.

(276) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(277) La Corte Costituzionale, con sentenza 7-16 marzo 2001, n. 71 (Gazz. Uff. 21 marzo 2001, n. 12 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma, nella parte in cui dispone la cessazione del personale medico universitario di cui all'*art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382*, dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento dei limiti massimi di età ivi indicati, in assenza

della stipula dei protocolli d'intesa tra università e regioni previsti dalla stessa norma ai fini della disciplina delle modalità e dei limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente connesse all'attività didattica e di ricerca.

(278) Comma così modificato dall'*art. 22, comma 1, L. 4 novembre 2010, n. 183*; vedi, anche, il comma 3 del medesimo *art. 22, L. 183/2010*.

(279) La Corte costituzionale, con sentenza 27 febbraio - 6 marzo 2013, n. 33 (Gazz. Uff. 13 marzo 2013, n. 11 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del presente comma, nel testo vigente fino all'entrata in vigore dell'*art. 22, L. 183/2010*, nella parte in cui non consente al personale ivi contemplato che al raggiungimento del limite massimo di età per il collocamento a riposo non abbia compiuto il numero degli anni richiesti per ottenere il minimo della pensione, di rimanere, su richiesta, in servizio fino al conseguimento di tale anzianità minima e, comunque, non oltre il settantesimo anno di età.

(280) In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi l'*art. 5-bis, comma 2, D.L. 30 dicembre 2019, n. 162*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 28 febbraio 2020, n. 8*.

(281) La Corte costituzionale, con ordinanza 12-25 luglio 2001, n. 303 (Gazz. Uff. 1° agosto 2001, n. 30, serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale dell'*art. 15-nones aggiunto dall'art. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, sollevate in riferimento agli articoli 3, 9, 36, 76 e 77 della Cost.

Art. 15-decies (Obbligo di appropriatezza) (282)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.

3. Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'*articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1.

(282) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 15-undecies (Applicabilità al personale di altri enti) (283) (284)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Gli enti e istituti di cui all'*articolo 4, comma 12*, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato adeguano i propri ordinamenti del personale alle disposizioni del presente decreto. A seguito di tale adeguamento, al personale dei predetti enti e istituti si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761*, anche per quanto attiene ai trasferimenti da e verso le strutture pubbliche.

(283) Articolo inserito dall'*art. 13, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

(284) Per l'interpretazione autentica delle disposizioni del presente articolo vedi l'*art. 18, comma 2-bis, D.L. 16 ottobre 2017, n. 148*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 4 dicembre 2017, n. 172.*

Art. 15-duodecies (Strutture per l'attività libero-professionale) (285)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. Le regioni provvedono, entro il 31 dicembre 2000, alla definizione di un programma di realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria.
2. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, determina, nel limite complessivo di lire 1.800 miliardi, l'ammontare dei fondi di cui all'*articolo 20 della richiamata legge n. 67 del 1988*, utilizzabili in ciascuna regione per gli interventi di cui al comma 1. (286)
3. Fermo restando l'*articolo 72, comma 11, della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, in caso di ritardo ingiustificato rispetto agli adempimenti fissati dalle regioni per la realizzazione delle nuove strutture e la acquisizione delle nuove attrezzature e di quanto necessario al loro funzionamento, la regione vi provvede tramite commissari ad acta.

(285) Articolo inserito dall'*art. 1, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.*

(286) Per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate alla realizzazione delle strutture sanitarie di cui alle presenti disposizioni, vedi il *D.M. 8 giugno 2001*.

Art. 15-terdecies (Denominazioni) (287)

In vigore dal 1 gennaio 1993

1. I dirigenti del ruolo sanitario assumono, ferme le disposizioni di cui all'*articolo 15 e seguenti del decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modificazioni, nonché le disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro, le seguenti denominazioni, in relazione alla categoria professionale di appartenenza, all'attività svolta e alla struttura di appartenenza:

- a) responsabile di struttura complessa: Direttore;
- b) dirigente responsabile di struttura semplice: responsabile.

(287) Articolo inserito dall'*art. 1, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254.*

Art. 15-quattordies (Osservatorio per l'attività libero-professionale) (288) (289)
In vigore dal 27 settembre 2000

1. Con decreto del Ministro della sanità, da adottarsi entro il 10 ottobre 2000, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, nel rispetto di quanto disposto dall'*articolo 19-quater*, è organizzato presso il Ministero della sanità l'Osservatorio per l'attività libero professionale con il compito di acquisire per il tramite delle regioni gli elementi di valutazione ed elaborare, in collaborazione con le regioni, proposte per la predisposizione della relazione da trasmettersi con cadenza annuale al Parlamento su:

- a) la riduzione delle liste di attesa in relazione all'attivazione dell'attività libero professionale;
- b) le disposizioni regionali, contrattuali e aziendali di attuazione degli istituti normativi concernenti l'attività libero professionale intramuraria;
- c) lo stato di attivazione e realizzazione delle strutture e degli spazi destinati all'attività libero professionale intramuraria;
- d) il rapporto fra attività istituzionale e attività libero professionale;
- e) l'ammontare dei proventi per attività libero professionale, della partecipazione regionale, della quota a favore dell'azienda;
- f) le iniziative ed i correttivi necessari per eliminare le disfunzioni ed assicurare il corretto equilibrio fra attività istituzionale e libero professionale.

(288) Articolo inserito dall'*art. 1, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

(289) Per il riordino dell'Osservatorio previsto dal presente articolo e il trasferimento delle relative funzioni vedi gli *artt. 1 e 2, D.P.R. 28 marzo 2013, n. 44*.

Art. 16 (Formazione)
In vigore dal 31 luglio 2021

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

(290)

(290) Comma sostituito dall'*art. 17, comma 1, lett. a, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e, successivamente, così modificato dall'*art. 64-quinquies, comma 1, lett. a, D.L. 31 maggio 2021, n. 77*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 luglio 2021, n. 108*.

Art. 16-bis (Formazione continua) (291) (294) (295)
In vigore dal 31 luglio 2021

1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale. L'aggiornamento periodico del personale operante presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie impegnato nella sperimentazione clinica dei medicinali è realizzato attraverso il conseguimento di appositi crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari, nei quali sia data rilevanza anche alla medicina di genere e all'età pediatrica nonché alla comunicazione tra il medico e il paziente, e multiprofessionali nonché su percorsi formativi di partecipazione diretta a programmi di ricerca clinica multicentrici. (293)

2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'*art. 16-ter*.

2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale. (292)

(291) Articolo inserito dall'*art. 14, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(292) Comma aggiunto dall'*art. 2, comma 6, L. 1° febbraio 2006, n. 43*.

(293) Comma così modificato dall'*art. 3, comma 1, lett. a), D.Lgs. 14 maggio 2019, n. 52 e, successivamente dall'art. 64-quinquies, comma 1, lett. b), D.L. 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 luglio 2021, n. 108.*

(294) Per l'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sugli obiettivi di formazione continua di interesse nazionale di cui alle presenti disposizioni, proposti dalla Commissione nazionale per la formazione continua, vedi il *accordo 20 dicembre 2001*.

(295) Sull'assolvimento dell'obbligo formativo di cui al presente articolo vedi l'*art. 5-bis, comma 1-bis, D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, come modificato dall'art. 4, comma 5, D.L. 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14*.

Art. 16-ter (Commissione nazionale per la formazione continua) (296) (298) (300) In vigore dal 27 giugno 2019

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La Commissione è presieduta dal Ministro della salute ed è composta da quattro vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, uno rappresentato dal Presidente della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da 25 membri, di cui due designati dal Ministro della salute, due dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, uno dal Ministro per gli affari regionali, sei dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome, due dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, uno dalla Federazione

nazionale degli ordini dei farmacisti, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici veterinari, uno dalla Federazione nazionale dei collegi infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia, uno dalla Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della riabilitazione di cui all'*art. 2 della legge 10 agosto 2000, n. 251*, uno dalle associazioni delle professioni dell'area tecnico-sanitaria di cui all'*art. 3 della citata legge n. 251 del 2000*, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della prevenzione di cui all'*art. 4 della medesima legge n. 251 del 2000*, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei biologi, uno dalla Federazione nazionale degli ordini degli psicologi e uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei chimici. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione. (297)

2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini ed i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione, in conformità agli accordi e alle intese sancite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in relazione alla durata della sperimentazione, individua i crediti formativi da riconoscere ai professionisti sanitari che presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie sono impegnati nella sperimentazione clinica dei medicinali. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche, nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi. (299)

3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

(296) Articolo inserito dall'*art. 14, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(297) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. r), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* e, successivamente, dall'*art. 3, comma 1, D.L. 7 febbraio 2002, n. 8* convertito, con modificazioni, dalla L. 4 aprile 2002, n. 56.

(298) A norma dell'*art. 2, comma 360, L. 24 dicembre 2007, n. 244*, a decorrere dal 1º gennaio 2008, sono abrogate le disposizioni di cui al presente articolo incompatibili con i commi da 357 a 360 del predetto art. 2, L. 244/2007.

(299) Comma così modificato dall'*art. 3, comma 1, lett. b), D.Lgs. 14 maggio 2019, n. 52*.

(300) Vedi, anche, il D.M. 5 luglio 2002.

Art. 16-quater (Incentivazione della formazione continua) (301) (302)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito

il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

3. Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale.

(301) Articolo inserito dall'*art. 14, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(302) Per il programma nazionale di formazione continua (ECM), vedi la circolare 5 marzo 2002, n. 448.

Art. 16-quinquies (Formazione manageriale) (303)

In vigore dal 27 settembre 2000

1. La formazione di cui al presente articolo è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi. Tale formazione si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico, con la frequenza e il superamento dei corsi di cui al comma 2. (304)

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo accordo con il Ministero della sanità ai sensi dell'*articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, organizzano ed attivano, a livello regionale o interregionale, avvalendosi anche, ove necessario, di soggetti pubblici e privati accreditati dalla Commissione di cui all'articolo 16-ter, i corsi per la formazione di cui al comma 1, tenendo anche conto delle discipline di appartenenza. Lo stesso accordo definisce i criteri in base ai quali l'Istituto superiore di sanità attiva e organizza i corsi per i direttori sanitari e i dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica che vengono attivati a livello nazionale.

3. Con decreto del Ministro della sanità, su proposta della commissione di cui all'*articolo 16-ter*, sono definiti i criteri per l'attivazione dei corsi di cui al comma 2, con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, alla metodologia delle attività didattiche, alla durata dei corsi stessi, nonché alle modalità con cui valutare i risultati ottenuti dai partecipanti.

4. Gli oneri connessi ai corsi sono a carico del personale interessato.

5. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'*articolo 4*, degli istituti zooprofilattici sperimentali. Le disposizioni si applicano, altresì, al personale degli enti e strutture pubbliche indicate all'*articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484*, al quale sia stata estesa la disciplina sugli incarichi dirigenziali di struttura complessa di cui al presente decreto.

(303) Articolo inserito dall'*art. 14, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

(304) Comma modificato dall'*art. 8, comma 3, lett. a), D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*.

Art. 16-sexies (Strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione) (305)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. Il Ministro della sanità, su proposta della regione o provincia autonoma interessata, individua i presidi ospedalieri, le strutture distrettuali e i dipartimenti in possesso dei requisiti di idoneità stabiliti dalla Commissione di cui all'*articolo 16-ter*, ai quali riconoscere funzioni di insegnamento ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario.
2. La regione assegna, in via prevalente o esclusiva, a detti ospedali, distretti e dipartimenti le attività formative di competenza regionale ed attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività delle strutture del Servizio sanitario nazionale che collaborano con l'università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione.

(305) Articolo inserito dall'*art. 14, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 17 (Collegio di direzione) (306)
In vigore dal 14 settembre 2012

1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali. Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Nelle aziende ospedaliero universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

(306) Articolo modificato dal *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*, abrogato dall'*art. 2, comma 1-quinquies, D.L. 18 novembre 1996, n. 583*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 17 gennaio 1997, n. 4*, sostituito dall'*art. 15, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*. e, successivamente, modificato dall'*art. 5, comma 1, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*. Infine il presente articolo è stato così sostituito dall'*art. 4, comma 1, lett. f), D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 17-bis (Dipartimenti) (307)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.
2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.
3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

(307) Articolo inserito dall'*art. 15, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229..*

Titolo VI NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 18 (Norme finali e transitorie) **In vigore dal 1 gennaio 1996**

1. Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme del *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni, in quanto applicabili, prevedendo:

- a) i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;
 - b) i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;
 - c) le prove di esame;
 - d) la composizione delle commissioni esaminatrici;
 - e) le procedure concorsuali;
 - f) le modalità di nomina dei vincitori;
 - g) le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei. (308) (318)
2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del *decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761*, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'*articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207*. (309)

2-bis. In sede di prima applicazione del presente decreto il primo livello dirigenziale è articolato in due fasce economiche nelle quali è inquadrato rispettivamente:

- a) il personale della posizione funzionale corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario;
- b) il personale già ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al nono livello del ruolo

medesimo il quale mantiene il trattamento economico in godimento.

Il personale di cui alla lettera b) in possesso dell'anzianità di cinque anni nella posizione medesima è inquadrato, a domanda, previo giudizio di idoneità, nella fascia economica superiore in relazione alla disponibilità di posti vacanti in tale fascia. 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 per la funzione pubblica, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. Il personale inquadrato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello del ruolo sanitario è collocato nel secondo livello dirigenziale. (310) (320)

3. A decorrere dal 1° gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761*, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi per esigenze di carattere straordinario, cui non si possa in nessun caso far fronte con il personale esistente all'interno della azienda sanitaria. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'*articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n. 207*. (311)

4. Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'*articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135*, fermo restando il punteggio massimo previsto per il "curriculum" formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'*articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135*, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, anche sulla base di convenzioni stipulate con le regioni per l'istituzione dei relativi posti. (312)

5. Per quanto non previsto dal presente decreto alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere si applicano le disposizioni di cui al *decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni. (313)

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

6-bis. I concorsi indetti per la copertura di posti nelle posizioni funzionali corrispondenti al decimo livello retributivo ai sensi dell'*art. 18, comma 2, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, abolito dal *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, sono revocati di diritto, salvo che non siano iniziate le prove di esame alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*. (314)

7. Restano salve le norme previste dai *decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 616, n. 618, e n. 620*, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. I rapporti con il personale sanitario per l'assistenza al personale navigante sono disciplinati con regolamento ministeriale in conformità, per la parte compatibile, alle disposizioni di cui all'*art. 8*. A decorrere dal 1° gennaio 1995 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale. (315) (319)

8. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, vengono estese, nell'ambito della contrattazione, al personale dipendente dal Ministero della sanità attualmente inquadrato nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo le norme del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, in quanto applicabili. (316)

9. L'ufficio di cui all'*art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412*, come modificato dall'*art. 74 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, è trasferito al Ministero della sanità. (317)

10. Il Governo emana, entro centottanta giorni dalla pubblicazione del *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, un testo unico delle norme sul Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni preesistenti con quelle del presente decreto. (317)

(308) Comma così sostituito dall'*art. 19, comma 1, lett. a), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(309) Comma così sostituito dall'*art. 19, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(310) Comma aggiunto dall'*art. 19, comma 1, lett. b), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(311) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 17, L. 28 dicembre 1995, n. 549.*

(312) Comma così sostituito dall'*art. 19, comma 1, lett. c), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(313) Comma così sostituito dall'*art. 19, comma 1, lett. d), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(314) Comma aggiunto dall'*art. 19, comma 1, lett. e), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(315) Comma così sostituito dall'*art. 19, comma 1, lett. f), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(316) Comma così sostituito dall'*art. 19, comma 1, lett. g), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(317) Comma aggiunto dall'*art. 19, comma 1, lett. h), D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(318) Per la disciplina concorsuale del personale dirigenziale e del personale non dirigenziale, vedi il *D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483* ed il *D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220.*

(319) Il provvedimento previsto dal presente comma è stato emanato con *D.M. 24 dicembre 2003, n. 399*, con *D.M. 3 marzo 2009, n. 63*, con *D.M. 6 luglio 2012, n. 142*, con *D.M. 6 luglio 2012, n. 142*, con *D.M. 6 luglio 2012, n. 143*, con *D.M. 3 ottobre 2012, n. 202*, con *D.M. 19 dicembre 2012, n. 255*, con *D.M. 25 giugno 2013, n. 95* e con *D.M. 27 luglio 2021, n. 159.*

(320) Per la disapplicazione delle norme contenute nel presente comma nei confronti del personale dirigenziale del comparto Ministeri e della Sanità, vedi l'*allegato B* al *D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.*

Art. 19 (Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome) (321) In vigore dal 20 settembre 2001

1. Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'*articolo 117 della Costituzione*.

2. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano le disposizioni di cui all'*art. 1, commi 1 e 4, all'art. 6, commi 1 e 2, agli articoli 10, 11, 12 e 13, all'art. 14, comma 1, e agli articoli 15, 16, 17, 18*, sono altresì norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica. (322)

2-bis. Non costituiscono principi fondamentali, ai sensi dell'*articolo 117 della Costituzione*, le materie di cui agli *articoli 4, comma 1-bis, e 9-bis*. (323)

(321) Articolo sostituito dall'*art. 20, comma 1, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.*

(322) La Corte costituzionale, con sentenza 19-27 luglio 1994, n. 354 (Gazz. Uff. 3 agosto 1994, n. 32 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui qualifica come norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica le disposizioni ivi indicate, e non solo i principi da esse desumibili.

(323) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 1, D.L. 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 16 novembre 2001, n. 405.*

Art. 19-bis (Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari) (324)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. E' istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari. Con regolamento adottato su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'*articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, sono disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento della Commissione, composta da dieci esperti di riconosciuta competenza a livello nazionale in materia di organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza nel settore della sanità.
2. La Commissione, in coerenza con gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, svolge i seguenti compiti:
 - a) definisce i requisiti in base ai quali le regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private di cui all'*art. 8-quater, comma 5*;
 - b) valuta l'attuazione del modello di accreditamento per le strutture pubbliche e per le strutture private;
 - c) esamina i risultati delle attività di monitoraggio di cui al comma 3 e trasmette annualmente al Ministro della sanità e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano una relazione sull'attività svolta.
3. Le regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica della attuazione del modello di accreditamento, trasmettendo annualmente alla Commissione nazionale i risultati della attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

(324) Articolo inserito dall'*art. 16, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*.

Art. 19-ter (Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale) (325)
In vigore dal 31 luglio 1999

1. Anche sulla base degli indicatori e dei dati definiti ai sensi dell'*articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.
2. Le regioni, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedono ad una ricognizione delle cause di tali scostamenti ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio.
3. Il Ministro della sanità e la regione interessata stipulano una convenzione redatta sulla base di uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avente ad oggetto le misure di sostegno al programma operativo di cui al comma 2, i cui eventuali oneri sono posti a carico della quota parte del Fondo sanitario nazionale destinata al perseguitamento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'*articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.*

La convenzione:

- a) stabilisce le modalità per l'erogazione dei finanziamenti per l'attuazione dei programmi operativi secondo stati di avanzamento;
- b) definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;
- c) individua forme di penalizzazione e di graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettino gli impegni convenzionalmente assunti per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi concordati;
- d) disciplina, nei casi di inerzia regionale nell'adozione nell'attuazione dei programmi concordati, le ipotesi e le forme di intervento del Consiglio dei ministri secondo le procedure e le garanzie di cui all'*articolo 2, comma 2-octies.*

(325) Articolo inserito dall'*art. 16, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 19-quater (Organismi e commissioni) (326)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Gli organismi e le commissioni previsti nel presente decreto si avvalgono, per il loro funzionamento, delle strutture e del personale delle amministrazioni presso cui operano, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

(326) Articolo inserito dall'*art. 16, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 19-quinquies (Relazione sugli effetti finanziari) (327)

In vigore dal 31 luglio 1999

1. Il Ministro della sanità riferisce annualmente alle Camere sull'andamento della spesa sanitaria, con particolare riferimento agli effetti finanziari, in termini di maggiori spese e di maggiori economie, delle misure disciplinate dal presente decreto.

(327) Articolo inserito dall'*art. 16, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.*

Art. 19-sexies (Attuazione di programmi di rilievo e applicazioni nazionale o interregionale)
(328)
In vigore dal 7 luglio 2000

1. Nei casi di accertate e gravi inadempienze nella realizzazione degli obiettivi previsti in atti di programmazione aventi rilievo e applicazione nazionale o interregionale, adottati con le procedure dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, il Ministro della sanità ne dà adeguata informativa alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; indi, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario ad acta. Quando la realizzazione degli obiettivi comporta l'apprestamento di programmi operativi di riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale, l'eventuale potere sostitutivo può essere esercitato solo dopo che sia stata esperita invano la procedura di cui all'*articolo 19-ter*, commi 2 e 3.

(328) Articolo aggiunto dall'*art. 2, comma 1, D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168*

Art. 20 (Entrata in vigore)
In vigore dal 1 gennaio 1993

1. Le disposizioni del presente decreto entrano in vigore a decorrere dal 1° gennaio 1993.
Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

L. 23 dicembre 1978, n. 833 (1).

Istituzione del servizio sanitario nazionale (2) (3) (4)

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.

(2) Per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, vedi la L. 30 novembre 1998, n. 419.

(3) Per il riordino del settore termale, vedi la L. 24 ottobre 2000, n. 323.

(4) Vedi, anche, le disposizioni contenute nel D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 febbraio 1980, n. 33.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

Titolo I
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Capo I
PRINCIPI ED OBIETTIVI

Art. 1 (I principi)

In vigore dal 28 dicembre 1978

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualanza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

**Art. 2 (Gli obiettivi)
In vigore dal 20 giugno 1993**

Il conseguimento delle finalità di cui al *precedente articolo* è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambiente di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosì quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;
- [h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo. (5)]

(5) Lettera abrogata dall'*art. 1, comma 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177*; tale abrogazione ha effetto decorsi sessanta giorni dalla data di pubblicazione del predetto decreto nella G.U., ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 1, D.P.R. 177/1993*.

Capo II
COMPETENZE E STRUTTURE

Art. 3 (Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'*articolo 53*, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.

Art. 4 (Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di:

- 1) inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo;
- 2) igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- 3) omologazione, per fini preventionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione;
- 4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;
- 5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali;
- 6) raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano (6) .

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati e periodicamente sottoposti a revisione i limiti massimi di accettabilità delle concentrazioni e i limiti massimi di esposizione relativi ad inquinanti di natura chimica, fisica e biologica e delle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno.

(6) La disciplina relativa alle attività trasfusionali di sangue umano e suoi componenti è regolata dalla *L. 4 maggio 1990, n. 107*.

Art. 5 (Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali)
In vigore dal 28 dicembre 1978

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui

si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, l'esercizio della funzione di cui al precedente comma può essere delegato di volta in volta dal Consiglio dei ministri al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), per la determinazione dei criteri operativi nelle materie di sua competenza, oppure al Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il Ministro della sanità quando si tratti di affari particolari.

Il Ministro della sanità esercita le competenze attribuitegli dalla presente legge ed emana le direttive concernenti le attività delegate alle regioni.

In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate, qualora l'inattività relativa alle materie delegate riguardi adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti dalla legge o risultanti dalla natura degli interventi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

Il Ministro della sanità e le amministrazioni regionali sono tenuti a fornirsi reciprocamente ed a richiesta ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni.

Art. 6 (Competenze dello Stato)

In vigore dal 9 ottobre 2010

Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

- a) i rapporti internazionali e la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti (10);
- b) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantinarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizoozie;
- c) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, gli immunomodulatori cellulari e virali, i sieri, le anatossine e i prodotti assimilati, gli emoderivati, i presidi sanitari e medico-chirurgici ed i prodotti assimilati anche per uso veterinario (9) ;
- d) la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, salvo che per le attribuzioni già conferite alle regioni dalla *legge 22 dicembre 1975, n. 685*;
- e) la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- f) l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e dei recipienti destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonché degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;
- g) gli standards dei prodotti industriali;
- h) la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;

- i) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;
- k) i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;
- l) il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla *legge 2 dicembre 1975, n. 644*;
- m) la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- n) l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;
- o) l'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla *legge 7 agosto 1973, n. 519*, ed alla presente legge;
- p) l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro secondo le norme previste dalla presente legge;
- q) la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione alle scuole, nonché dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie;
- r) il riconoscimento e la equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini dell'ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi;
- s) gli ordini e i collegi professionali;
- t) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario;
- u) la individuazione delle malattie infettive e diffuse del bestiame per le quali, in tutto il territorio nazionale, sono disposti l'obbligo di abbattimento e, se del caso, la distruzione degli animali infetti o sospetti di infezione o di contaminazione; la determinazione degli interventi obbligatori in materia di zooprofilassi; le prescrizioni inerenti all'impiego dei principi attivi, degli additivi e delle sostanze minerali e chimico-industriali nei prodotti destinati all'alimentazione zootecnica, nonché quelle relative alla produzione e alla commercializzazione di questi ultimi prodotti;
- [v) l'organizzazione sanitaria militare; (7)]
- z) i servizi sanitari istituiti per i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nonché i servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico-sanitario delle condizioni del personale dipendente (8).

(7) Lettera abrogata dall'*art. 2268, comma 1, n. 748*, *D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010*.

(8) Lettera così modificata dall'*art. 2268, comma 1, n. 748*, *D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010*.

(9) La disciplina relativa alle attività trasfusionali di sangue umano e suoi componenti è regolata dalla *L. 4 maggio 1990, n. 107*

(10) Vedi, anche, l'*art. 1, comma 81, L. 24 dicembre 2012, n. 228*.

Art. 7 (Funzioni delegate alle regioni) (11)

In vigore dal 28 dicembre 1978

E' delegato alle regioni l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti:

- a) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, di cui al precedente *articolo 6* lettera b);
- b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale ai sensi della lettera u) del precedente *articolo 6*;
- c) i controlli sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;
- d) il controllo dell'idoneità dei locali ed attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze

radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale;

e) i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi.

Le regioni provvedono all'approvvigionamento di sieri e vaccini necessari per le vaccinazioni obbligatorie e in base ad un programma concordato con il Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità provvede, se necessario, alla costituzione ed alla conservazione di scorte di sieri, di vaccini, di presidi profilattici e di medicinali di uso non ricorrente, da destinare alle regioni per esigenze particolari di profilassi e cura delle malattie infettive, diffuse e parassitarie.

Le regioni esercitano le funzioni delegate di cui al presente articolo mediante sub-delega ai comuni.

In relazione alle funzioni esercitate dagli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e dagli uffici veterinari di confine, di porto e di aeroporto, il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti per ristrutturare e potenziare i relativi uffici nel rispetto dei seguenti criteri:

a) si procederà ad una nuova distribuzione degli uffici nel territorio, anche attraverso la costituzione di nuovi uffici, in modo da attuare il più efficiente ed ampio decentramento delle funzioni;

b) in conseguenza, saranno rideterminate le dotazioni organiche dei posti previsti dalla Tabella XIX, quadri B, C e D, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1972, n. 748, nonché le dotazioni organiche dei ruoli delle carriere direttive, di concetto, esecutive, ausiliarie e degli operatori, prevedendo, per la copertura dei posti vacanti, concorsi a base regionale (12).

L'esercizio della delega alle regioni, per le funzioni indicate nel quarto comma, in deroga all'*articolo 34 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616*, si attua a partire dal 1º gennaio 1981.

(11) Per il rinnovo fino al 31 luglio 1980 delle deleghe di cui al presente articolo, vedi l'*art. 2, comma 1, L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(12) Per la ristrutturazione e il potenziamento degli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e degli uffici veterinari di confine, di porto, di aeroporto e di dogana interna, vedi il *D.P.R. 31 luglio 1980, n. 614*.

Art. 8 (Consiglio sanitario nazionale)

In vigore dal 28 dicembre 1978

E' istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale.

Il Consiglio è sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'*articolo 3* e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'*articolo 51*, nonché alle fasi di attuazione del servizio sanitario nazionale e alla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessaria alle esigenze del servizio sanitario nazionale.

Esso predisponde una relazione annuale sullo stato sanitario del paese, sulla quale il Ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

Il Consiglio sanitario nazionale, nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, per la durata di un quinquennio, è presieduto dal Ministro della sanità ed è

composto:

a) da un rappresentante per ciascuna regione e, per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, da un rappresentante della provincia di Trento e da un rappresentante della provincia di Bolzano;

b) da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale; pubblica istruzione; interno; difesa; tesoro; bilancio e programmazione economica; agricoltura e foreste; industria, commercio e artigianato; marina mercantile; da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica;

c) dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche e da dieci esperti in materia sanitaria designati dal CNEL, tenendo presenti i criteri di rappresentatività e competenze funzionali al servizio sanitario nazionale.

Per ogni membro effettivo deve essere nominato, con le stesse modalità sopra previste, un membro supplente che subentra in caso di assistenza o impedimento del titolare.

Il Consiglio elegge tra i suoi componenti un vicepresidente.

L'articolazione in sezioni, le modalità di funzionamento e le funzioni di segreteria del Consiglio sono disciplinate con regolamento emanato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio stesso.

Art. 9 (Istituto superiore di sanità)

In vigore dal 15 marzo 1980

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico-scientifico del servizio sanitario nazionale dotato di strutture e ordinamenti particolari e di autonomia scientifica. Esso dipende dal Ministro della sanità e collabora con le unità sanitarie locali, tramite le regioni, e con le regioni stesse, su richiesta di queste ultime, fornendo nell'ambito dei propri compiti istituzionali le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie. Esso esplica attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato, di cui al precedente *articolo 6* della presente legge, ad eccezione di quelle previste dalle lettere g), k), m) e n). Le modalità della collaborazione delle regioni con l'Istituto superiore di sanità sono disciplinate nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e coordinamento di cui all'*articolo 5*.

L'Istituto, per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, ha facoltà di accedere agli impianti produttivi nonché ai presidi e servizi sanitari per compiervi gli accertamenti e i controlli previsti dall'*articolo 1 della legge 7 agosto 1973, n. 519*. Tale facoltà è inoltre consentita all'Istituto su richiesta delle regioni.

L'Istituto, in attuazione di un programma predisposto dal Ministro della sanità, organizza, in collaborazione con le regioni, le università e le altre istituzioni pubbliche a carattere scientifico, corsi di specializzazione ed aggiornamento in materia di sanità pubblica per gli operatori sanitari con esclusione del personale tecnico-infermieristico; esso inoltre appronta ed aggiorna periodicamente l'Inventario nazionale delle sostanze chimiche corredata dalle caratteristiche chimico-fisiche e tossicologiche necessarie per la valutazione del rischio sanitario connesso alla loro presenza nell'ambiente; predispone i propri programmi di ricerca tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte avanzate dalle regioni. Tali programmi sono approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'Istituto svolge l'attività di ricerca avvalendosi degli istituti pubblici a carattere scientifico e delle altre

istituzioni pubbliche operanti nel settore; possono inoltre essere chiamati a collaborare istituti privati di riconosciuto valore scientifico.

[Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, verranno determinati gli organici e i contingenti dell'Istituto superiore di sanità. (13)]

Il secondo comma dell'*articolo 4 della legge 7 agosto 1973, n. 519*, è sostituito dal seguente: "La suddivisione dell'Istituto in laboratori, il loro numero e le loro competenze sono stabilite con decreto del Ministro della sanità, su proposta del Comitato scientifico e del Comitato amministrativo secondo le modalità previste dall'*articolo 62 della legge 7 agosto 1973, n. 519*".

La lettera b), primo comma, dell'*articolo 13 della legge 7 agosto 1973, n. 519*, è sostituita dalla seguente: "b) da dieci esperti nominati per tre anni con decreto del Ministro della sanità tra personalità operanti nell'ambito di università e istituti a carattere scientifico, italiani ed eventualmente stranieri, o nell'ambito del Consiglio nazionale delle ricerche, e da dieci esperti di nazionalità italiana nominati per tre anni, con decreto del Ministro della sanità, tra personalità operanti nell'ambito delle università e dei presidi igienico-sanitari regionali. Tali esperti sono nominati su proposta del Consiglio sanitario nazionale".

(13) Comma abrogato dall'*art. 24-bis, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 10 (L'organizzazione territoriale)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Art. 11 (Competenze regionali)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate.

Le leggi regionali devono in particolare conformarsi ai seguenti principi:

- a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;
- b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;
- c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare territoriale competenti.

Con questi ultimi le regioni possono concordare:

- a) l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili nei casi di calamità, epidemie e per altri scopi che si ritengano necessari;
- b) l'uso dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie dei militari.

Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.

All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano.

Art. 12 (Attribuzione delle province)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Fino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali spetta alle province approvare, nell'ambito dei piani sanitari regionali, la localizzazione dei presidi e servizi sanitari ed esprimere parere sulle delimitazioni territoriali di cui al quinto comma del precedente *articolo 11*.

Art. 13 (Attribuzione dei comuni)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni.

I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

I comuni, singoli o associati, assicurano, anche con riferimento alla *L. 8 aprile 1976, n. 278*, e alle leggi regionali, la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della *L. 12 febbraio 1968, n. 132*, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'*art. 55*. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

Art. 14 (Unità sanitarie locali)
In vigore dal 20 giugno 1993

L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.

Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.

Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare:

- a) all'educazione sanitaria;
- [b) all'igiene dell'ambiente; (14)]
- c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
- e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;
- l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- m) alla riabilitazione;
- n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
- q) agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale, con esclusione di quelle relative ai servizi di cui alla lettera z) dell'*articolo 6* (15).

(14) Lettera abrogata dall'*art. 1, comma 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177*; tale abrogazione ha effetto decorsi sessanta giorni dalla data di pubblicazione del predetto decreto nella G.U., ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 1, D.P.R. 177/1993*.

(15) In deroga alla presente lettera, vedi l'*art. 12, comma 1, L. 11 marzo 1988, n. 67*.

Art. 15 (Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali)

In vigore dal 27 aprile 1982

L'unità sanitaria locale, di cui all'*articolo 10*, secondo comma, della presente legge, è una struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane.

Organi della unità sanitaria locale sono:

- 1) l'assemblea generale; (19)
- 2) il comitato di gestione e il suo presidente; (19)
- 3) il collegio dei revisori, composto di tre membri, uno dei quali designato dal Ministro del tesoro e uno dalla regione. (16)

La legge regionale disciplina i compiti e le modalità di funzionamento del collegio. (17)

Il collegio dei revisori è tenuto a sottoscrivere i rendiconti di cui all'*art. 50*, secondo comma, e a redigere una relazione trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile delle unità sanitarie locali da trasmettere alla regione e ai Ministeri della sanità e del tesoro (17).

L'assemblea generale è costituita:

- a) dal consiglio comunale se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso;
- b) dall'assemblea generale dell'associazione dei comuni, costituita ai sensi dell'*articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 1977, n. 616*, se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati;
- c) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale. Qualora il territorio della unità sanitaria locale comprenda anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea sarà integrata da rappresentanti di tali comuni.

In armonia con la *legge 8 aprile 1976, n. 278*, il comune può stabilire forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali all'attività delle unità sanitarie locali e quando il territorio di queste coincide con quello delle circoscrizioni può attribuire ai consigli circoscrizionali poteri che gli sono conferiti dalla presente legge.

L'assemblea generale dell'associazione dei comuni di cui alla lettera b) del presente articolo è formata dai rappresentanti dei comuni associati, eletti con criteri di proporzionalità. Il numero dei rappresentanti viene determinato con legge regionale.

La legge regionale detta norme per assicurare forme di preventiva consultazione dei singoli comuni sulle decisioni di particolare rilievo dell'associazione dei comuni.

L'assemblea generale elegge, con voto limitato, il comitato di gestione, il quale nomina il proprio presidente.

Il comitato di gestione compie tutti gli atti di amministrazione dell'unità sanitaria locale. Gli atti relativi

all'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnino più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti, delle convenzioni, sono predisposti dal comitato di gestione e vengono approvati dalle competenti assemblee generali.

Le competenze del comitato di gestione e del suo presidente sono attribuite rispettivamente, alla giunta e al presidente della comunità montana, quando il territorio di questa coincida con l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale. La legge regionale detta norme per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento delle unità sanitarie locali e dei loro servizi e, in particolare, per:

1) assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale, il loro coordinamento e la partecipazione degli operatori, anche mediante l'istituzione di specifici organi di consultazione tecnica;

2) prevedere un ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale, articolato distintamente per la responsabilità sanitaria ed amministrativa e collegialmente preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale. Per il personale preposto all'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale le nome delegate di cui al terzo comma del successivo *articolo 47*, devono prevedere specifici requisiti di professionalità e di esperienza in materia di tutela della salute e di organizzazione sanitaria;

3) predisporre bilanci e conti consuntivi da parte dell'unità sanitaria locale, secondo quanto previsto dal primo comma dell'*articolo 50*;

4) emanare il regolamento organico del personale dell'unità sanitaria locale e le piante organiche dei diversi presidi e servizi, anche con riferimento alle norme di cui all'*articolo 47*;

5) predisporre l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizionali di cui al successivo *articolo 18*, fermo il principio dell'intesa con i comuni interessati. Il segretario della comunità montana assolve anche alle funzioni di segretario per gli atti svolti dalla comunità montana in funzione di unità sanitaria locale ai sensi del terzo comma, punto c), del presente articolo (18).

La legge regionale stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio.

(16) Comma così sostituito dall'*art. 13, L. 26 aprile 1982, n. 181*.

(17) Comma inserito dall'*art. 13, L. 26 aprile 1982, n. 181*.

(18) Numero così modificato dall'*art. 8, L. 23 marzo 1981, n. 93*.

(19) Vedi, anche, la *L. 15 gennaio 1986, n. 4*.

Art. 16 (Servizi veterinari) **In vigore dal 28 dicembre 1978**

La legge regionale stabilisce norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale. La legge regionale individua anche le relative strutture multizionali e ne regola il funzionamento ai sensi dell'*articolo 18*.

Art. 17 (Requisiti e struttura interna degli ospedali)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle unità sanitarie locali, dotate dei requisiti minimi di cui all'*articolo 19, primo comma, della L. 12 febbraio 1968, n. 132.*

Le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo. Tale disciplina tiene conto di quanto previsto all'*articolo 34* della presente legge.

Art. 18 (Presidi e servizi multizonali)
In vigore dal 28 dicembre 1978

La legge regionale individua, nell'ambito della programmazione sanitaria, i presidi e i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per le finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale e ne disciplina l'organizzazione.

La stessa legge attribuisce la gestione dei presidi e dei servizi di cui al precedente comma alla unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati e stabilisce norme particolari per definire:

- a) il collegamento funzionale ed il coordinamento di tali presidi e servizi con quelli delle unità sanitarie locali interessate, attraverso idonee forme di consultazione dei rispettivi organi di gestione;
 - b) gli indirizzi di gestione dei predetti presidi e servizi e le procedure per l'acquisizione degli elementi idonei ad accertarne l'efficienza operativa;
 - c) la tenuta di uno specifico conto di gestione allegato al conto di gestione generale dell'unità sanitaria locale competente per territorio;
 - d) la composizione dell'organo di gestione dell'unità sanitaria locale competente per territorio e la sua eventuale articolazione in riferimento alle specifiche esigenze della gestione.
-

Capo III
PRESTAZIONI E FUNZIONI

Art. 19 (Prestazioni delle unità sanitarie locali)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Le unità sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti ai sensi del secondo comma dell'*articolo 3*.

Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza.

Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale. (20)

I militari hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza delle località ove prestano servizio con le modalità stabilite nei regolamenti di sanità militare.

Gli emigrati, che rientrano temporaneamente in patria, hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza della località in cui si trovano.

(20) Vedi, anche, l'*Accordo 8 maggio 2003*.

Art. 20 (Attività di prevenzione) (22) In vigore dal 20 giugno 1993

Le attività di prevenzione comprendono:

a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'*articolo 4*, nonché al fine della tenuta dei registri di cui al penultimo comma dell'*articolo 27*; i predetti compiti sono realizzati anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di protezione prodotti, installati o utilizzati nel territorio dell'unità sanitaria locale in attuazione delle funzioni definite dall'*articolo 14* (21) ;

b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione degli strumenti informativi di cui al successivo *articolo 27*, e le rappresentanze sindacali;

c) la indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia, e l'esercizio delle attività delegate ai sensi del primo comma, lettere a), b), c), d) ed e) dell'*articolo 7* (21) ;

d) la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;

e) la profilassi degli eventi morbosì, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;

f) la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati.

Nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali, garantendo per quanto alla lettera d) del precedente comma la tutela del segreto industriale, si avvalgono

degli operatori sia dei propri servizi di igiene, sia dei presidi specialistici multizonali di cui al successivo *articolo 22*, sia degli operatori che, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro, concernenti la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di misure necessarie ed idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, connesse alla particolarità del lavoro e non previste da specifiche norme di legge, sono effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro, secondo le modalità previste dai contratti o accordi collettivi applicati nell'unità produttiva.

(21) Lettera così modificata dall'*art. 1, comma 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177*; tale modifica ha effetto decorsi sessanta giorni dalla data di pubblicazione del predetto decreto nella G.U., ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 1, D.P.R. 177/1993*.

(22) Per i dipartimenti di prevenzione, vedi il *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*.

Art. 21 (Organizzazione dei servizi di prevenzione) (24) (25)

In vigore dal 20 giugno 1993

In relazione agli standards fissati in sede nazionale, all'unità sanitaria locale sono attribuiti, con decorrenza 1° gennaio 1980, i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'*articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616*.

Per la tutela della salute dei lavoratori le unità sanitarie locali organizzano propri servizi di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive. (23)

In applicazione di quanto disposto nell'ultimo comma dell'*articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616*, spetta al prefetto stabilire, su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi di ciascuna unità sanitaria locale, nonché ai presidi e servizi di cui al successivo *articolo 22* assumano ai sensi delle leggi vigenti la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro.

Al personale di cui al comma precedente è esteso il potere d'accesso attribuito agli ispettori del lavoro dall'*articolo 8*, secondo comma, nonché la facoltà di diffida prevista dall'*articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520*.

Contro i provvedimenti adottati dal personale ispettivo, nell'esercizio delle funzioni di cui al terzo comma, è ammesso ricorso al presidente della giunta regionale che decide, sentite le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Il presidente della giunta può sospendere l'esecuzione dell'atto impugnato.

(23) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177*; tale modifica ha effetto decorsi sessanta giorni dalla data di pubblicazione del predetto decreto nella G.U., ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 1, D.P.R. 177/1993*.

(24) Vedi, anche, l'*art. 5, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(25) Per i dipartimenti di prevenzione, vedi il *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*.

Art. 22 (Presidi e servizi multizionali di prevenzione) (26)
In vigore dal 28 dicembre 1978

La legge regionale, in relazione alla ubicazione ed alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio:

- a) individua le unità sanitarie locali in cui sono istituiti presidi e servizi multizionali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- b) definisce le caratteristiche funzionali e interdisciplinari di tali presidi e servizi multizionali;
- c) prevede le forme di coordinamento degli stessi con i servizi di igiene ambientale e di igiene e medicina del lavoro di ciascuna unità sanitaria locale.

I presidi e i servizi multizionali di cui al comma precedente sono gestiti dall'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'*articolo 18*.

(26) Per i dipartimenti di prevenzione, vedi il *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*.

Art. 23 (Delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro) (27)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, commercio e artigianato e dell'agricoltura e foreste, un decreto avente valore di legge ordinaria per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da porre alle dipendenze del Ministro della sanità. Nel suo organo di amministrazione sono rappresentati i Ministeri del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, commercio e artigianato e dell'agricoltura e foreste ed i suoi programmi di attività sono approvati dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. (28)

L'esercizio della delega deve uniformarsi ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) assicurare la collocazione dell'Istituto nel servizio sanitario nazionale per tutte le attività tecnico-scientifiche e tutte le funzioni consultive che riguardano la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro;
- b) prevedere le attività di consulenza tecnico-scientifica che competono all'Istituto nei confronti degli organi centrali dello Stato preposti ai settori del lavoro e della produzione.

All'Istituto sono affidati compiti di ricerca, di studio, di sperimentazione e di elaborazione delle tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in stretta connessione con l'evoluzione tecnologica degli impianti, dei materiali, delle attrezzature e dei processi produttivi, nonché di determinazione dei criteri di sicurezza e dei relativi metodi di rilevazione ai fini della omologazione di macchine, di impianti, di apparecchi, di strumenti e di mezzi personali di protezione e dei prototipi.

L'Istituto svolge, nell'ambito delle proprie attribuzioni istituzionali, attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato di cui all'*articolo 6*, lettere g), i), k), m), n), della presente legge, e in tutte le materie di competenza dello Stato e collabora con le unità sanitarie locali tramite le regioni e con le regioni stesse, su richiesta di queste ultime, fornendo le informazioni e le consulenze necessarie per

l'attività dei servizi di cui agli *articoli 21 e 22*.

Le modalità della collaborazione delle regioni con l'Istituto sono disciplinate nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e di coordinamento di cui all'*articolo 5*.

L'Istituto ha facoltà di accedere nei luoghi di lavoro per compiervi rilevamenti e sperimentazioni per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali. L'accesso nei luoghi di lavoro è inoltre consentito, su richiesta delle regioni, per l'espletamento dei compiti previsti dal precedente comma.

L'Istituto organizza la propria attività secondo criteri di programmazione. I programmi di ricerca dell'Istituto relativi alla prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro sono predisposti tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte delle regioni.

L'Istituto, anche ai fini dei programmi di ricerca e di sperimentazione, opera in stretto collegamento con l'Istituto superiore di sanità e coordina le sue attività con il Consiglio nazionale delle ricerche e con il Comitato nazionale per l'energia nucleare. Esso si avvale inoltre della collaborazione degli istituti di ricerca delle università e di altre istituzioni pubbliche. Possono essere chiamati a collaborare all'attuazione dei suddetti programmi istituti privati di riconosciuto valore scientifico. L'Istituto cura altresì i collegamenti con istituzioni estere che operano nel medesimo settore.

Le qualifiche professionali del corpo dei tecnici e ricercatori dell'Istituto e la sua organizzazione interna, devono mirare a realizzare l'obiettivo della unitarietà della azione di prevenzione nei suoi aspetti interdisciplinari. L'Istituto collabora alla formazione ed all'aggiornamento degli operatori dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali.

L'Istituto provvede altresì ad elaborare i criteri per le norme di prevenzione degli incendi interessanti le macchine, gli impianti e le attrezzature soggette ad omologazione, di concerto con i servizi di protezione civile del Ministero dell'interno.

Nulla è innovato per quanto concerne le disposizioni riguardanti le attività connesse con l'impiego pacifico dell'energia nucleare.

(27) Per il rinnovo fino al 31 luglio 1980 delle deleghe di cui al presente articolo, vedi l'*art. 2, comma 1, L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(28) Vedi, anche, il *D.P.R. 31 luglio 1980, n. 619*, il *D.L. 30 aprile 1981, n. 169* e l'*art. 14, L. 10 febbraio 1982, n. 38*. Per l'attribuzione al Ministro della sanità delle funzioni già spettanti al CIPE di cui al presente comma, vedi l'*art. 4, Deliberazione 6 agosto 1999*.

Art. 24 (Norme in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita e di omologazioni) (29)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, con il concerto dei Ministri competenti, un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonché in materia di omologazioni, unificando e innovando la legislazione vigente tenendo conto delle caratteristiche della produzione al fine di garantire la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, secondo i principi generali indicati nella presente legge.

L'esercizio della delega deve uniformarsi ai seguenti criteri direttivi:

- 1) assicurare l'unitarietà degli obiettivi della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita, tenendo conto anche delle indicazioni della CEE e degli altri organismi internazionali riconosciuti;
- 2) prevedere l'emanazione di norme per assicurare il tempestivo e costante aggiornamento della normativa ai progressi tecnologici e alle conoscenze derivanti dalla esperienza diretta dei lavoratori;
- 3) prevedere l'istituzione di specifici corsi, anche obbligatori, di formazione antinfortunistica e preventivale;
- 4) prevedere la determinazione dei requisiti fisici e di età per attività e lavorazioni che presentino particolare rischio, nonché le cautele alle quali occorre attenersi e le relative misure di controllo;
- 5) definire le procedure per il controllo delle condizioni ambientali, per gli accertamenti preventivi e periodici sullo stato di sicurezza nonché di salute dei lavoratori esposti a rischio e per l'acquisizione delle informazioni epidemiologiche al fine di seguire sistematicamente l'evoluzione del rapporto salute-ambiente di lavoro;
- 6) stabilire:
 - a) gli obblighi e le responsabilità per la progettazione, la realizzazione, la vendita, il noleggio, la concessione in uso e l'impiego di macchine, componenti e parti di macchine, utensili, apparecchiature varie, attrezzature di lavoro e di sicurezza, dispositivi di sicurezza, mezzi personali di protezione, apparecchiature, prodotti e mezzi protettivi per uso lavorativo ed extra lavorativo, anche domestico;
 - b) i criteri e le modalità per i collaudi e per le verifiche periodiche dei prodotti di cui alla precedente lettera a);
- 7) stabilire i requisiti ai quali devono corrispondere gli ambienti di lavoro al fine di consentirne l'agibilità, nonché l'obbligo di notifica all'autorità competente dei progetti di costruzione, di ampliamento, di trasformazione e di modifica di destinazione di impianti e di edifici destinati ad attività lavorative, per controllarne la rispondenza alle condizioni di sicurezza;
- 8) prevedere l'obbligo del datore di lavoro di programmare il processo produttivo in modo che esso risulti rispondente alle esigenze della sicurezza del lavoro, in particolare per quanto riguarda la dislocazione degli impianti e la determinazione dei rischi e dei mezzi per diminuirli;
- 9) stabilire le procedure di vigilanza allo scopo di garantire la osservanza delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;
- 10) stabilire le precauzioni e le cautele da adottare per evitare l'inquinamento, sia interno che esterno, derivante da fattori di nocività chimici, fisici e biologici;
- 11) indicare i criteri e le modalità per procedere, in presenza di rischio grave ed imminente, alla sospensione dell'attività in stabilimenti, cantieri o reparti o al divieto d'uso di impianti, macchine, utensili, apparecchiature varie, attrezzature e prodotti, sino alla eliminazione delle condizioni di nocività o di rischio accertate;
- 12) determinare le modalità per la produzione, l'immissione sul mercato e l'impiego di sostanze e di prodotti pericolosi;
- 13) prevedere disposizioni particolari per settori lavorativi o per singole lavorazioni che comportino rischi specifici;
- 14) stabilire le modalità per la determinazione e per l'aggiornamento dei valori-limite dei fattori di nocività di origine chimica, fisica e biologica di cui all'ultimo comma dell'*articolo 4*, anche in relazione alla localizzazione degli impianti;
- 15) prevedere le norme transitorie per conseguire condizioni di sicurezza negli ambienti di lavoro esistenti e le provvidenze da adottare nei confronti delle piccole e medie aziende per facilitare l'adeguamento degli impianti ai requisiti di sicurezza e di igiene previsti dal testo unico;
- 16) prevedere il riordinamento degli uffici e servizi della pubblica amministrazione preposti all'esercizio delle funzioni riservate allo Stato in materia di sicurezza del lavoro;
- 17) garantire il necessario coordinamento fra le funzioni esercitate dallo Stato e quelle esercitate nella materia dalle regioni e dai comuni, al fine di assicurare unità di indirizzi ed omogeneità di comportamenti in tutto il territorio nazionale nell'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;
- 18) definire per quanto concerne le omologazioni:
 - a) i criteri direttivi, le modalità e le forme per l'omologazione dei prototipi di serie e degli esemplari unici non di serie dei prodotti di cui al precedente numero 6), lettera a), sulla base di specifiche tecniche predeterminate, al fine di garantire le necessarie caratteristiche di sicurezza;
 - b) i requisiti costruttivi dei prodotti da omologare;
 - c) le procedure e le metodologie per i controlli di conformità dei prodotti al tipo omologato.

Le norme delegate determinano le sanzioni per i casi di inosservanza delle disposizioni contenute nel testo unico, da graduare in relazione alla gravità delle violazioni e comportanti comunque, nei casi più gravi, l'arresto fino a sei mesi e l'ammenda fino a lire 10 milioni.

Sono escluse dalla delega le norme in materia di prevenzione contro gli infortuni relative: all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dalle ferrovie dello Stato, all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dal Ministero delle poste e delle telecomunicazioni, all'esercizio dei trasporti terrestri pubblici e all'esercizio della navigazione marittima, aerea ed interna; nonché le norme in materia di igiene del lavoro relative al lavoro a bordo delle navi mercantili e degli aeromobili.

(29) Per il rinnovo fino al 31 dicembre 1980 delle deleghe di cui al presente articolo, vedi l'*art. 2, comma 2, L. 29 febbraio 1980, n. 33.*

Art. 25 (Prestazioni di cura)

In vigore dal 1 giugno 1994

Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento, a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

Le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli *articoli 39, 41 e 42* della presente legge. (30)

Le stesse prestazioni possono essere fornite da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della presente legge. (30)

L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse. In tal caso l'unità sanitaria locale rilascia immediatamente l'autorizzazione con apposita annotazione sulla richiesta stessa. L'autorizzazione non è dovuta per le prescrizioni, relative a prestazioni il cui costo, in base alla normativa vigente, è a totale carico dell' assistito. (31)

Nei casi di richiesta urgente motivata da parte del medico in relazione a particolari condizioni di salute del paziente, il mancato immediato soddisfacimento della richiesta presso le strutture pubbliche di cui al sesto comma equivale ad autorizzazione ad accedere agli ambulatori o strutture convenzionati. In tal caso l'unità sanitaria locale appone sulla richiesta la relativa annotazione. (32)

Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture. (32)

Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri. (32)

I presidi di diagnostica strumentale e di laboratorio devono rispondere ai requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale, aventi caratteristiche uniformi per tutto il territorio nazionale secondo uno schema tipo emanato ai sensi del primo comma dell'*art. 5* della presente legge. (32)

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della residenza dell'utente.

Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta.

(30) Comma così sostituito dall'*art. 3*, *D.L. 26 novembre 1981*, n. 678, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 gennaio 1982*, n. 12.

(31) Comma inserito dall'*art. 3*, *D.L. 26 novembre 1981*, n. 678, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 gennaio 1982*, n. 12, come modificato dall'*art. 1, comma 5*, *D.L. 30 maggio 1994*, n. 325, convertito, con modificazioni, dalla *L. 19 luglio 1994*, n. 467.

(32) Comma inserito dall'*art. 3*, *D.L. 26 novembre 1981*, n. 678, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 gennaio 1982*, n. 12.

Art. 26 (Prestazioni di riabilitazione) (34) (35)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. (33)

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'*art. 3*.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

(33) Lo schema-tipo è stato approvato prima con *D.M. 23 novembre 1982* e poi con *D.M. 18 maggio 1984*, modificato dal *D.M. 14 settembre 1985*. Successivamente, il *D.M. 31 luglio 1986*, ha così disposto: «L'*art. 1*, *D.M. 14 settembre 1985*, pubblicato nella G.U. n. 226 del 25 settembre 1985, è sospeso per l'anno 1986. Alla compensazione tra le regioni e le province autonome, ove sia stata data applicazione al citato *D.M. 14 settembre 1985*, si provvederà a livello centrale, sentito il Consiglio sanitario nazionale, in sede di eventuali conguagli, sulla base dei dati informativi relativi ai ricoveri nelle strutture di riabilitazione». Infine, il *D.M. 22 febbraio 1988*, ha stabilito la sospensione dell'*art. 1*, *D.M. 14 settembre 1985*, per l'anno 1988.

(34) Vedi, ora, il *D.M. 27 agosto 1999*, n. 332.

(35) Vedi, al riguardo, il *D.M. 31 dicembre 1980* e il *D.M. 23 luglio 1982*, modificato dal *D.M. 3 novembre 1983*. Con *D.M. 30 maggio 1984* è stato approvato il nomenclatore-tariffario delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa. Ulteriori nomenclatori-tariffari sono stati approvati con *D.M. 11 luglio 1986*, aggiornato con il *D.M. 28 agosto 1987*, con *D.M. 20 dicembre 1988*, con *D.M. 30 aprile 1990*, con *D.M. 30 luglio*

1991, modificato dal D.M. 18 dicembre 1991, con D.M. 28 dicembre 1992, modificato con D.M. 29 luglio 1994.

Art. 27 (Strumenti informativi)**In vigore dal 1 gennaio 2004**

Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo *articolo 33*. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva. Nel libretto sanitario sono riportati, a cura della sanità militare, gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico, nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e il Garante per la protezione dei dati personali, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro. (36)

Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati.

Con decreto del Ministro della sanità, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e il Garante per la protezione dei dati personali, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative e le associazioni dei datori di lavoro, vengono stabiliti i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostatici, allo scopo di pervenire a modelli uniformi per tutto il territorio nazionale. (36)

I dati complessivi derivanti dai suindicati strumenti informativi, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico dall'Istituto superiore di sanità oltre che per l'aggiornamento ed il miglioramento dell'attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle regioni e del Ministero della sanità.

(36) Comma così modificato dall'*art. 178, comma 1, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196*, a decorrere dal 1º gennaio 2004. Peraltro, il citato *art. 178, D.Lgs. n. 196/2003* è stato abrogato dall'*art. 27, comma 1, lett. c), n. 3), D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101*.

Art. 28 (Assistenza farmaceutica)**In vigore dal 28 dicembre 1978**

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui sono titolari enti pubblici e le farmacie di cui sono titolari i privati, tutte convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui agli *articoli 43 e 48*.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e di specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'*articolo 18*, e gli istituti ed enti convenzionati di cui ai successivi *articoli 41, 42, 43*, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonché il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale.

Art. 29 (Disciplina dei farmaci) (37)
In vigore dal 28 dicembre 1978

La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolate secondo criteri coerenti con gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica della produzione.

Con legge dello Stato sono dettate norme:

- a) per la disciplina dell'autorizzazione alla produzione e alla immissione in commercio dei farmaci, per i controlli di qualità e per indirizzare la produzione farmaceutica alle finalità del servizio sanitario nazionale;
- b) per la revisione programmata delle autorizzazioni già concesse per le specialità medicinali in armonia con le norme a tal fine previste dalle direttive della Comunità economica europea;
- c) per la disciplina dei prezzi dei farmaci, mediante una corretta metodologia per la valutazione dei costi;
- d) per la individuazione dei presidi autorizzati e per la definizione delle modalità della sperimentazione clinica precedente l'autorizzazione alla immissione in commercio;
- e) per la brevettabilità dei farmaci;
- f) per definire le caratteristiche e disciplinare la immissione in commercio dei farmaci da banco;
- g) per la regolamentazione del servizio d'informazione scientifica sui farmaci e dell'attività degli informatori scientifici;
- h) per la revisione e la pubblicazione periodica della farmocopea ufficiale della Repubblica italiana, in armonia con le norme previste dalla farmocopea europea di cui alla *legge del 22 ottobre 1973, n. 752*.

(37) In ottemperanza alle indicazioni contenute nel presente articolo, con *D.M. 10 giugno 1983*, modificato dal *D.M. 7 maggio 1984*, e con *D.M. 29 febbraio 1988*, modificato dal *D.M. 6 dicembre 1994*, è stata approvata la disciplina per l'impiego nelle confezioni delle specialità medicinali di bollini autoadesivi a lettura automatica. Con *D.M. 31 luglio 1986* sono state dettate disposizioni per la lettura automatica delle confezioni delle specialità medicinali. Successivamente, l'*art. 10, D.M. 2 agosto 2001* ha abrogato i citati *D.M. 10 giugno 1983* e *D.M. 29 febbraio 1988*, ridisciplinando l'intera materia. Vedi, ora, il *D.M. 30 maggio 2014*.

Art. 30 (Prontuario farmaceutico) (38) (39)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, previa proposta di un comitato composto:

dal Ministro della sanità, che lo presiede;
dal direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità;
dal direttore dell'Istituto superiore di sanità;
dai direttori dei laboratori di farmacologia e di chimica del farmaco dell'Istituto superiore di sanità;
da sette esperti designati dal Ministro della sanità, scelti fra docenti universitari di farmacologia, di chimica farmaceutica o materie affini, di patologia o clinica medica e fra medici e farmacisti dipendenti o convenzionati con le strutture del servizio sanitario nazionale;
da un rappresentante del Ministero dell'industria, commercio e artigianato;
da due esperti di economia sanitaria designati dal Ministro della sanità, su proposta del Consiglio nazionale delle ricerche;
da cinque esperti della materia designati dalle regioni. Essi vengono scelti dal Presidente del Consiglio dei Ministri tra gli esperti designati uno ciascuno dalle regioni, e per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, uno dalla provincia di Trento e uno dalla provincia di Bolzano.
Il comitato di cui al precedente comma è nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, ed è rinnovato ogni tre anni.

Il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale deve uniformarsi ai principi dell'efficacia terapeutica, dell'economicità del prodotto, della semplicità e chiarezza nella classificazione dell'esclusione dei prodotti da banco.

Il Ministro della sanità provvede entro il 31 dicembre di ogni anno ad aggiornare il prontuario terapeutico con la procedura di cui al primo comma.

Fino all'approvazione del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale di cui al presente articolo, resta in vigore il prontuario di cui all'*articolo 9 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264*, convertito, con modificazioni, nella *legge 17 agosto 1974, n. 386*.

(38) L'*art. 8, L. 24 dicembre 1993, n. 537*, ha abolito, a decorrere dal 1° gennaio 1994, il Prontuario farmaceutico di cui al presente articolo.

(39) Vedi, anche, l'*art. 10, D.L. 12 settembre 1983, n. 463*.

Art. 31 (Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Al servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione scientifica sui farmaci e di controllo sull'attività di informazione scientifica delle imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio di farmaci.

E' vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità presso il pubblico dei farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'*articolo 30*.

Sino all'entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui all'*articolo 29*, il Ministro della sanità determina con proprio decreto i limiti e le modalità per la propaganda e la pubblicità presso il pubblico dei farmaci diversi da quelli indicati nel precedente comma, tenuto conto degli obiettivi di educazione sanitaria di cui al comma successivo e delle direttive in materia della Comunità economica europea.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viste le proposte delle regioni, tenuto conto delle direttive comunitarie e valutate le osservazioni e proposte che perverranno dall'Istituto superiore di sanità e dagli istituti universitari e di ricerca, nonché dall'industria farmaceutica, predispone un programma pluriennale per l'informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria e detta norme per la regolamentazione del predetto servizio e dell'attività degli informatori scientifici.

Nell'ambito del programma di cui al precedente comma, le unità sanitarie locali e le imprese di cui al primo comma, nel rispetto delle proprie competenze, svolgono informazione scientifica sotto il controllo del Ministero della sanità.

Il programma per l'informazione scientifica deve, altresì, prevedere i limiti e le modalità per la fornitura ai medici chirurghi di campioni gratuiti di farmaci.

Art. 32 (Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria)

In vigore dal 9 ottobre 2010

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni.

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi.

Nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale.

[Sono fatte salve in materia di ordinanze, di accertamenti preventivi, di istruttoria o di esecuzione dei relativi provvedimenti le attività di istituto delle forze armate che, nel quadro delle suddette misure sanitarie, ricadono sotto la responsabilità delle competenti autorità. (40)]

Sono altresì fatti salvi i poteri degli organi dello Stato preposti in base alle leggi vigenti alla tutela dell'ordine pubblico.

(40) Comma abrogato dall'*art. 2268, comma 1, n. 748*, *D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010*.

**Art. 33 (Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori)
In vigore dal 28 dicembre 1978**

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'*articolo 32 della Costituzione*, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

**Art. 34 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale)
In vigore dal 28 dicembre 1978**

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'*articolo 33* da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35 (Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'*articolo 34*, quarto comma, corredata dalla proposta medica motivata di cui all'*articolo 33*, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti dei cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 36 (Termalismo terapeutico) **In vigore dal 31 dicembre 1991**

Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi di servizi di cui al presente articolo, nonché presso aziende termali di enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'art. 6, lett. t), e convenzionate ai sensi dell'art. 44 sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale di cui all'art. 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3. (42)

La legge regionale promuove la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici, in particolare nel settore della riabilitazione, e favorisce altresì la valorizzazione sotto il profilo sanitario delle altre aziende termali.

[Gli stabilimenti termali gestiti dall'INPS ai sensi dell'art. 83 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito con modificazioni, nella legge 6 aprile 1936, n. 1155, per la cura e la prevenzione della

invalidità pensionabile in base agli articoli 45 e 81 del citato regio decreto-legge, sono costituiti in presidi e servizi sanitari delle unità sanitarie locali in cui sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'art. 18. (41) .]

Le aziende termali già facenti capo all'EAGT e che saranno assegnate alle regioni, per l'ulteriore destinazione agli enti locali, in base alla procedura prevista dall'*art. 113 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616*, e dall'*art. 1-quinquies della L. 21 ottobre 1978, n. 641*, sono dichiarate presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate.

La destinazione agli enti locali delle attività, patrimoni, pertinenze e personale delle suddette aziende dovrà avvenire entro il 31 dicembre 1979, adottando, in quanto applicabili, le disposizioni di cui ai successivi *articoli 65 e 67*.

(41) Comma abrogato dall'*art. 15, comma 2, L. 30 dicembre 1991, n. 412*.

(42) Con *D.M. 19 maggio 1986* è stato approvato lo schema-tipo di convenzione tra le U.S.L. e le aziende termali.

Art. 37 (Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero, ai cittadini del comune di Campione d'Italia ed al personale navigante) (43) (44)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Il Governo è delegato ad emanare entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i principi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) dovrà essere assicurata attraverso forme di assistenza diretta o indiretta, la tutela della salute dei lavoratori e dei loro familiari aventi diritto, ivi compresi, per i casi d'urgenza, i lavoratori frontalieri, per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso alla prestazione di attività lavorativa, qualora tali soggetti non godano di prestazioni assistenziali garantite da leggi locali o tali prestazioni siano palesemente inferiori ai livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'*articolo 3*;

b) dovranno essere previste particolari forme e procedure, anche attraverso convenzioni dirette, per l'erogazione dell'assistenza ai dipendenti dello Stato e di enti pubblici, ai loro familiari aventi diritto, nonché ai contrattisti stranieri, che prestino la loro opera presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, istituzioni scolastiche e culturali ovvero in delegazioni o uffici di enti pubblici oppure in servizio di assistenza tecnica;

c) dovranno essere previste specifiche norme per disciplinare l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani residenti nel comune di Campione d'Italia per gli interventi che, pur compresi fra quelli previsti dal secondo comma dell'*articolo 3*, non possono essere erogati dall'unità sanitaria locale di cui fa parte il comune, a causa della sua eccezionale collocazione geografica.

Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria dovuta alle persone aventi diritto all'assistenza stessa in virtù di trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia, nonché in attuazione della *legge 2 maggio 1969, n. 302*.

Entro il termine di cui al primo comma il Governo è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della marina mercantile, dei trasporti, degli affari esteri, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, secondo i principi generali e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nella presente legge, tenuto conto delle condizioni specifiche di detto personale.

(43) La Corte costituzionale, con sentenza 16 luglio 1999, n. 309, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo, nella parte in cui, a favore dei cittadini italiani che si trovano temporaneamente all'estero, non appartengono alle categorie indicate nell'*art. 2, D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618* e versano in disagiate condizioni economiche, non prevede forme di assistenza sanitaria gratuita da stabilirsi dal legislatore.

(44) Per il rinnovo fino al 31 luglio 1980 delle deleghe di cui al presente articolo, vedi l'*art. 2, comma 1, L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 38 (Servizio di assistenza religiosa)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

A tal fine l'unità sanitaria locale provvede per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio; per gli altri culti d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio.

Art. 39 (Cliniche universitarie e relative convenzioni) (45)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Fino alla riforma dell'ordinamento universitario e della facoltà di medicina, per i rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del servizio sanitario nazionale, si applicano le disposizioni di cui ai successivi commi.

Al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali, le regioni e l'università stipulano convenzioni per disciplinare, anche sotto l'aspetto finanziario:

1) l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;

2) l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture delle unità sanitarie locali e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca dell'università.

Tali convenzioni una volta definite fanno parte dei piani sanitari regionali di cui al terzo comma dell'*articolo 11*.

Con tali convenzioni:

a) saranno indicate le strutture delle unità sanitarie locali da utilizzare ai fini didattici e di ricerca, in quanto rispondano ai requisiti di idoneità fissati con decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità;

b) al fine di assicurare il miglior funzionamento dell'attività didattica e di ricerca mediante la completa utilizzazione del personale docente delle facoltà di medicina e l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero laureato e di altro personale laureato e qualificato sul piano didattico, saranno indicate le

strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera alle quali affidare funzioni didattiche integrative di quelle universitarie. Le strutture a direzione ospedaliera cui vengono affidate le suddette funzioni didattiche non possono superare il numero di quelle a direzione universitaria.

Le indicazioni previste nelle lettere a) e b) del precedente comma sono formulate previo parere espresso da una commissione di esperti composta da tre rappresentanti della università e tre rappresentanti della regione.

Le convenzioni devono altresì prevedere:

1) che le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura che sono attualmente gestiti direttamente dall'università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino, per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali;

2) che l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza a carico delle regioni debba essere attuata d'intesa tra regioni ed università.

In caso di mancato accordo tra regioni ed università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi di cui al comma precedente si applica la procedura di cui all'*art. 50, L. 12 febbraio 1968, n. 132*, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la 1^a sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Le convenzioni di cui al secondo comma vanno attuate, per quanto concerne la utilizzazione delle strutture assistenziali delle unità sanitarie locali, con specifiche convenzioni, da stipulare tra l'università e l'unità sanitaria locale, che disciplineranno sulla base della legislazione vigente le materie indicate nell'*art. 4 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129*.

Le convenzioni previste dal presente articolo sono stipulate sulla base di schemi tipo da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, approvati di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite le regioni, il Consiglio sanitario nazionale e la 1^a sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

(45) Con *D.M. 12 maggio 1986* è stato approvato lo schema tipo di convenzioni tra regioni e università che gestiscono direttamente policlinici universitari e/o strutture assistenziali afferenti a istituti o dipartimenti universitari.

Art. 40 (Enti di ricerca e relative convenzioni)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Convenzioni analoghe a quelle previste per le cliniche universitarie, e di cui all'*articolo 39* della presente legge, potranno essere stipulate tra le regioni e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzata agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, al fine di disciplinare la erogazione da parte di tali organi di prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo, nonché la utilizzazione del personale degli enti di ricerca secondo i fini della presente legge.

Art. 41 (Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonché degli ospedali di cui all'*art. 1, L. 26 novembre 1973, n. 817*.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alla disciplina vigente per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova. Con legge dello Stato entro il 31 dicembre 1979, si provvede al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano, ai sensi della XIV Disposizione transitoria e finale della Costituzione ed in conformità, sentite le regioni interessate, per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, ai principi di cui alla presente legge.

I rapporti delle unità sanitarie locali competenti per territorio con gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma che abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della *L. 12 febbraio 1968, n. 132*, nonché l'ospedale Galliera di Genova e con il Sovrano Ordine militare di Malta, sono regolati da apposite convenzioni. (47)

Le convenzioni di cui al terzo comma del presente articolo devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. (46)

Le regioni, nell'assicurare la dotazione finanziaria alle unità sanitarie locali, devono tener conto delle convenzioni di cui al presente articolo.

(46) Con *D.P.C.M. 18 luglio 1985* è stato approvato lo schema tipo di convenzione fra le unità sanitarie locali e gli istituti ed enti di cui all'*art. 1, ultimo comma della L. 12 febbraio 1968, n. 132*, ed alla *L. 26 novembre 1973, n. 817*, per gli ospedali classificati (enti ecclesiastici).

(47) Con *D.P.C.M. 16 ottobre 1987* sono stati approvati gli schemi di convenzione che disciplinano i rapporti intercorrenti tra le unità sanitarie locali e lo SMOM e per esso l'ACISMOM e gli altri enti ed istituzioni pubbliche melitensi. Vedi, anche, l'Accordo fra il Governo della Repubblica italiana ed il Sovrano Militare Ordine di Malta ratificato con *L. 9 giugno 2003, n. 157*.

Art. 42 (Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico) (51)
In vigore dal 18 agosto 1993

Le disposizioni del presente articolo si applicano agli istituti che insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica.

Il riconoscimento del carattere scientifico di detti istituti è effettuato con decreto del Ministro della sanità di intesa con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le regioni interessate e il Consiglio sanitario nazionale.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati.

Nei confronti di detti istituti, per la parte assistenziale, spettano alle regioni le funzioni che esse esercitano nei confronti dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali o delle case di cura private a seconda che si

tratti di istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico o di istituti aventi personalità giuridica di diritto privato. Continuano ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico-amministrativo degli istituti.

Per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto privato sono stipulate dalle regioni convenzioni per assistenza sanitaria, sulla base di schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, che tengano conto delle particolarità di detti istituti. I rapporti tra detti istituti e le regioni sono regolati secondo quanto previsto dagli *articoli 41, 43 e 44* della presente legge. (49)

Il controllo sulle deliberazioni degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico, per quanto attiene alle attività assistenziali è esercitato nelle forme indicate dal primo comma dell'*articolo 49*. L'annullamento delle deliberazioni adottate in deroga alle disposizioni regionali non è consentito ove la deroga sia stata autorizzata con specifico riguardo alle finalità scientifiche dell'istituto, mediante decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della ricerca scientifica.

[Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge uno o più decreti aventi valore di legge, per disciplinare:

a) la composizione degli organi di amministrazione degli istituti con personalità giuridica di diritto pubblico, che dovrà prevedere la presenza di rappresentanti delle regioni e delle unità sanitarie locali competenti per territorio;

b) i sistemi di controllo sugli atti relativi all'attività non assistenziale, sia per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico che per quelli aventi personalità giuridica di diritto privato, nel rispetto della loro autonomia;

c) le procedure per la formazione dei programmi di ricerca biomedica degli istituti di diritto pubblico e le modalità di finanziamento dei programmi stessi, prevedendo in particolare il loro inserimento in piani di ricerca, coordinati a livello nazionale e articolati per settore di ricerca, definiti di intesa tra i Ministri della sanità, della pubblica istruzione e per la ricerca scientifica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, anche con riferimento agli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale; con riferimento a detti piani, il Ministro della sanità potrà stipulare apposite convenzioni con gli istituti di diritto privato per l'attuazione dei programmi di ricerca;

d) la disciplina dello stato giuridico e del trattamento economico del personale degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico in coerenza con quello del personale del servizio sanitario nazionale. (48) (50)

]

[Sino all'adozione dei decreti ministeriali di cui ai successivi commi non è consentito il riconoscimento di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. (48)]

[Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, previa verifica dell'attività di ricerca scientifica svolta, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la Commissione composta da 10 deputati e 10 senatori prevista all'art. 79, provvede con proprio decreto al riordino degli istituti di cui al presente articolo in relazione alle finalità e agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, confermando o meno gli attuali riconoscimenti. (48)]

[Gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica; con lo stesso decreto di cui al precedente comma i beni, le attrezzature ed il personale, nonché i rapporti giuridici in atto, sono trasferiti ai sensi degli articoli 66 e 68. Ove gli istituti ai quali non è confermato il riconoscimento abbiano personalità giuridica di diritto privato, gli stessi sono disciplinati ai sensi del successivo articolo 43. (48)]

(48) Comma abrogato dall'*art. 8, comma 1, D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 269*, con efficacia dalla entrata in vigore dei regolamenti previsti dal predetto decreto, in relazione alle materie di rispettiva competenza, ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 8, D.Lgs. 269/1993*.

(49) Con *D.P.C.M. 12 dicembre 1986* è stato approvato lo schema-tipo di convenzione tra regioni ed istituti di ricovero e cura a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto privato.

(50) Vedi il *D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617*.

(51) Per il rinnovo delle deleghe previste dal presente articolo, vedi l'*art. 2, L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 43 (Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie) (52)
In vigore dal 28 dicembre 1978

La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'*articolo 41*, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della *legge 12 febbraio 1968, n. 132*, su quelle convenzionate di cui all'*articolo 26*, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'*articolo 5*.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'*articolo 41*, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della *legge 12 febbraio 1968, n. 132*, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempreché il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali.

Fino all'emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli *artt. 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della L. 12 febbraio 1968, n. 132*, e il *decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977*, adottato ai sensi del predetto art. 51 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonché gli *artt. 194, 195, 196, 197 e 198 del T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265*, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale.

(52) Con *D.P.C.M. 20 ottobre 1988* è stato approvato lo schema tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti tra unità sanitarie locali e istituzioni sanitarie di carattere privato.

Art. 44 (Convenzioni con istituzioni sanitarie) (53)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Il piano sanitario regionale di cui all'*articolo 55* accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui all'*articolo precedente*, tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

La legge regionale stabilisce norme per:

- a) le convenzioni tra le unità sanitarie locali e le istituzioni private di cui all'*articolo precedente*, da stipularsi in armonia col piano sanitario regionale e garantendo la erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali;

b) le convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende termali di cui all'*articolo 36*.

Dette convenzioni sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le convenzioni stipulate a norma del presente articolo dalle unità sanitarie locali competenti per territorio hanno efficacia anche per tutte le altre unità sanitarie locali del territorio nazionale.

(53) Con *D.M. 22 luglio 1983* è stato approvato lo schema tipo di convenzione tra unità sanitarie locali e case di cura private di cui all'*articolo 44, secondo comma, lettera a), della L. 23 dicembre 1978, n. 833*. Con successivo *D.M. 16 giugno 1990* si è provveduto all'aggiornamento dei criteri per la classificazione delle case di cura private convenzionate, ai fini della corresponsione della diaria di degenza. Il *D.M. 1º febbraio 1991* ha così disposto: «Articolo unico. - Il termine fissato dalle norme transitorie finali contenute nel *D.M. 16 giugno 1990* è subordinato all'emanazione della legge sul riordinamento del Servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria. Pertanto l'adeguamento a dette norme è temporaneamente sospeso».

Art. 45 (Associazioni di volontariato) (54)

In vigore dal 28 dicembre 1978

E' riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci. Dette istituzioni, se attualmente riconosciute come istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), sono escluse dal trasferimento di cui all'*art. 25 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616*.

A tal fine le predette istituzioni avanzano documentata istanza al presidente della giunta regionale che con proprio decreto procede, sentito il consiglio comunale ove ha sede l'istituzione, a dichiarare l'esistenza delle condizioni previste nel comma precedente. Di tale decreto viene data notizia alla commissione di cui al sesto comma dell'*art. 25 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616*.

Sino all'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza pubblica dette istituzioni restano disciplinate dalla *L. 17 luglio 1890, n. 6972*, e successive modifiche e integrazioni.

I rapporti tra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale.

(54) Con *D.M. 3 febbraio 1986* è stato approvato lo schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed associazioni di volontariato o società cooperative che svolgono attività riabilitative a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Art. 46 (Mutualità volontaria)

In vigore dal 28 dicembre 1978

La mutualità volontaria è libera.

E' vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

Capo IV PERSONALE

Art. 47 (Personale dipendente) **In vigore dal 9 ottobre 2010**

Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'*art. 13*, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipende sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979 (55), su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- 1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;
 - 2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;
 - 3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'*articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70*;
 - 4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'*articolo 42*. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;
 - 5) prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;
 - 6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;
 - 7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.
- Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sensi dell'*articolo 117, ultimo comma, della Costituzione*, dovranno prevedere:

- 1) criteri generali per la istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali.

Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;

- 2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;
- 3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;
- 4) disposizioni per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per la efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;
- 5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

I decreti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'*articolo 41* o in quelle convenzionate a norma dell'*articolo 43* fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'*articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica numero 130 del 27 marzo 1969*;

b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonché le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;

c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale non di ruolo addetto esclusivamente e, in modo continuativo, ai servizi sanitari in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente, i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto di impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti, è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'*articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281*; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

E' fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere in natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Allo scopo di garantire la parificazione delle lingue italiana e tedesca nel servizio sanitario, è fatta salva l'indennità di bilinguismo in provincia di Bolzano. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

[Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso la organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale (57). (56)]

(55) La presente delega è rinnovata fino al 20 dicembre 1979 dall'art. 1, comma 1, L. 22 ottobre 1979, n. 510. Vedi, anche, il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761.

(56) Comma abrogato dall'art. 2268, comma 1, n. 748), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010.

(57) Vedi, anche, la L. 21 giugno 1986, n. 304.

Art. 48 (Personale a rapporto convenzionale) (58) (59) (60)

In vigore dal 28 dicembre 1978

L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'*articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281*; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione tra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio. (58)

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'*articolo 28*.

E' nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

E' altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionalistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al *decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976*, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289.

(58) Per ulteriori criteri da prevedersi negli accordi collettivi di cui al presente articolo, in sede di rinnovo della parte normativa, vedi

l'art. 24, L. 27 settembre 1983, n. 730.

(59) Con *Decreto 7 ottobre 1989* è stata disposta l'approvazione della deliberazione dell'ENPAM del 1° aprile 1989 concernente la delegificazione della regolamentazione della materia relativa alle modalità e ai termini di versamento dei contributi ai fondi speciali di previdenza dei medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

(60) Vedi, anche, il D.P.R. 15 settembre 1979. Vedi, inoltre, i seguenti decreti:

- D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 882. Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 883. Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta;
- D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 884. Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali;
- D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 885. Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti ai servizi di guardia medica;
- D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 886. Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi.

(Gli accordi approvati con i DD.PP.RR. 16 ottobre 1984, nn. 882 e 883, sopra citati, sono stati integrati dall'accordo approvato con D.P.R. 5 maggio 1986, n. 278).

- D.P.R. 8 giugno 1987, n. 289. Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale;
- D.P.R. 8 giugno 1987, n. 290. Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta;
- D.P.R. 8 giugno 1987, n. 291. Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali;
- D.P.R. 8 giugno 1987, n. 292. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica.
- D.P.R. 17 settembre 1987, n. 504. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, ai sensi dell'art. 48 della L. 23 dicembre 1978, n. 833. Nella Gazz. Uff. 16 aprile 1988, n. 89, S.O. sono stati pubblicati i seguenti decreti:
- D.P.R. 23 marzo 1988, n. 119. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati, ai sensi dell'art. 48 della L. 23 dicembre 1978, n. 833;
- D.P.R. 23 marzo 1988, n. 120. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti convenzionali in materia di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e di fisiokinesiterapia, nonché ogni altra prestazione specialistica effettuata in regime di autorizzazione sanitaria, ai sensi dell'art. 48 della L. 23 dicembre 1978, n. 833.
- D.P.R. 17 settembre 1987, n. 457, integrato dal successivo *D.M. 6 aprile 1988*, recante l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi ambulatoriali.

Con D.P.R. 18 giugno 1988, n. 255 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i chimici ambulatoriali. Con *D.M. 22 settembre 1988* è stato approvato l'elenco dei servizi specialistici istituibili nei presidi extraospedalieri, dei titoli e dei criteri di valutazione per l'attribuzione dei punteggi ai fini della formazione delle graduatorie, nonché lo schema di domanda per l'ammissione alle graduatorie stesse, di cui alla dichiarazione a verbale n. 3 annessa all'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialistici ambulatoriali. Con D.P.R. 21 febbraio 1989, n. 94 e con D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371, modificato dal D.P.R. 16 dicembre 1999, n. 516, è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie. Con D.P.R. 28 settembre 1990, n. 314 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale. Con D.P.R. 28 settembre 1990, n. 315 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. Con D.P.R. 28 settembre 1990, n. 316 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali. Con D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica di emergenza territoriale. Con D.P.R. 14 febbraio 1992, n. 218 è stato adottato il regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, sottoscritto in data 31 gennaio 1991 e perfezionato in data 9 gennaio 1992. Con D.P.R. 13 marzo 1992, n. 258 è stato approvato il regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo integrativo dell'accordo collettivo nazionale recante la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. Con D.P.R. 13 marzo 1992, n. 259 è stato approvato il regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo integrativo dell'accordo collettivo nazionale recante la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali. Con D.P.R. 13 marzo 1992, n. 260 è stato approvato il regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo integrativo dell'accordo collettivo nazionale recante la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Con D.P.R. 13 marzo 1992, n. 261 è stato approvato il regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti psicologici ambulatoriali, sottoscritto il 10 luglio 1991 e perfezionato il 28 gennaio 1992. Con D.P.R. 13 marzo 1992, n. 262 (Gazz. Uff. 16 aprile 1992, n. 90, S.O.) è stato approvato il regolamento per il recepimento delle norme risultanti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi ambulatoriali, sottoscritto il 17 maggio 1991 e perfezionato il 9 gennaio 1992. Con D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484 è stato approvato l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412 del 1991 e dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993 - sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996. Con D.P.R. 29 luglio 1996, n. 500 è stato approvato l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, sottoscritto il 2 febbraio 1996. Con D.P.R. 21 ottobre 1996, n. 613 è stato approvato l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. Con D.P.R. 16 dicembre 1999, n. 516 è stato reso esecutivo l'accordo integrativo dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private. Con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, corretto con avviso pubblicato nella Gazz. Uff. 24 gennaio 2001, n. 19 e modificato con D.P.R. 8 maggio 2002, n. 130 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni. Con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272, corretto con avviso pubblicato nella Gazz. Uff. 6 novembre 2000, n. 259 e

modificato dal D.P.R. 20 agosto 2001, n. 382 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. Con D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi, i chimici e gli psicologi ambulatoriali, relativo al 1998-2000. Con D.M. 23 luglio 2002, n. 206 è stato reso esecutivo il regolamento recante l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti 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. Con D.M. 24 dicembre 2003, n. 399 è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali tra il Ministero della salute ed i medici generici fiduciari dell'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile per il triennio 1998-2000.

Capo V
CONTROLLI, CONTABILITA' E FINANZIAMENTO

Art. 49 (Controlli sulle unità sanitarie locali)

In vigore dal 1 gennaio 1985

Il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali è esercitato, in unica sede, dai comitati regionali di controllo di cui all'*art. 55, L. 10 febbraio 1953, n. 62*, integrati da un esperto in materia sanitaria designato dal Consiglio regionale e da un rappresentante del Ministero del tesoro nelle forme previste dagli *artt. 59 e seguenti* della medesima legge. (61)

I provvedimenti vincolati dalle unità sanitaria locale attinenti allo stato giuridico e al trattamento economico del personale dipendente indicati nell'*art. 10, secondo comma del D.P.R. 30 giugno 1972, n. 748*, sono adottati dal coordinatore amministrativo dell'ufficio di direzione e trasmessi al comitato di gestione e al collegio dei revisori. Detti provvedimenti non sono assoggettati al controllo del comitato regionale di controllo. (62)

Il comitato di gestione, d'ufficio o su segnalazione del collegio dei revisori, nell'esercizio del potere di autotutela può entro 20 giorni dal ricevimento, annullare o riformare i provvedimenti indicati al comma precedente. (62)

Gli atti delle unità sanitarie locali sono nulli di diritto se per la relativa spesa non è indicata idonea copertura finanziaria. (63)

Le modificazioni apportate in sede di riordinamento delle autonomie locali alla materia dei controlli sugli atti e sugli organi dei comuni e delle province si intendono automaticamente estese ai controlli sulle unità sanitarie locali.

I controlli di cui ai commi precedenti per le regioni a statuto speciale per le province autonome di Trento e di Bolzano si esercitano nelle forme previste dai rispettivi statuti.

I comuni singoli o associati e le comunità montane presentano annualmente, in base ai criteri e principi uniformi predisposti dalle regioni, allegata al bilancio delle unità sanitarie locali, una relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale. Tale relazione deve essere trasmessa ai Ministri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, con allegato un riepilogo dei conti consuntivi, per singole voci, delle unità sanitarie locali.

(61) Comma così sostituito dall'art. 13, L. 26 aprile 1982, n. 181.

(62) Comma aggiunto dall'art. 16, D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 novembre 1983, n. 638.

(63) Comma modificato dall'art. 16, D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 novembre 1983, n. 638 e, successivamente, così sostituito dall'art. 17, L. 22 dicembre 1984, n. 887.

Art. 50 (Norme di contabilità)

In vigore dal 15 marzo 1980

Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge le regioni provvedono con legge a disciplinare l'utilizzazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali in conformità ai seguenti principi:

1) la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni deve risultare corrispondente ai principi della contabilità pubblica previsti dalla legislazione vigente;

2) i competenti organi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane interessati cureranno l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa, con ritmo almeno bimestrale, al fine dell'accertamento di eventuali disavanzi da comunicare immediatamente ai sindaci o al presidente delle comunità competenti per l'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma del presente articolo;

3) i bilanci devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenza quanto in termini di cassa;

4) i predetti bilanci, in cui saranno distinte le gestioni autonome e le contabilità speciali, devono essere strutturati su base economica;

5) i conti consuntivi devono contenere una compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, di quelli economici e patrimoniali delle gestioni;

6) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa nonché dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, devono essere iscritte rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo dei comuni singoli o associati o delle comunità montane. I bilanci di previsione e i conti consuntivi delle unità sanitarie locali debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono;

7) gli stanziamenti iscritti in entrata ed in uscita dei bilanci comunali o delle comunità montane per i compiti delle unità sanitarie locali debbono comprendere i relativi affidamenti regionali che non possono essere utilizzati in alcun caso per altre finalità;

8) i contratti di fornitura non possono essere stipulati con dilazioni di pagamento superiore a 90 giorni;

9) alle unità sanitarie locali è vietato, anche attraverso i comuni, il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento salvo anticipazioni mensili da parte del tesoriere pari a un dodicesimo dello scoperto autorizzato;

10) l'obbligo di prevedere, nell'ordinamento contabile delle unità sanitarie locali, l'adeguamento della classificazione economica e funzionale della spesa, della denominazione dei capitoli delle entrate e delle spese nonché dei relativi codici, ai criteri stabiliti con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, sentita la commissione interregionale di cui all'art. 13, L. 16 maggio 1970, n. 281, da emanarsi entro il 30 giugno 1980. Fino all'emanazione del predetto decreto del Presidente della Repubblica, l'ordinamento contabile delle unità sanitarie locali, per quanto attiene al presente obbligo, dovrà essere conforme ai criteri contenuti nelle leggi di bilancio e di contabilità delle rispettive regioni di appartenenza (64).

Le unità sanitarie locali debbono fornire alle regioni rendiconti trimestrali, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre, in cui si dia conto dell'avanzo o disavanzo di cassa nonché dei debiti e crediti di bilanci già accertati alla data della resa del conto anzidetto, dettagliando gli eventuali impedimenti obiettivi per cui, decorso il termine di cui al n. 8) del primo comma non sono stati effettuati pagamenti per forniture. Nei casi di inosservanza del termine suindicato, le regioni sono tenute a provvedere all'acquisizione dei rendiconti stessi, entro i successivi trenta giorni. (65)

La regione a sua volta fornirà gli stessi dati ai Ministeri della sanità e del tesoro secondo un modello di rilevazione contabile delle spese del servizio sanitario nazionale impostato uniformemente nell'ambito dell'indirizzo e coordinamento governativo.

Ove dalla comunicazione di cui al numero 2 del primo comma, ovvero dalla rendicontazione trimestrale prevista dal secondo comma del presente articolo, risulti che la gestione manifesta un disavanzo complessivo, e ciò anche avendo riguardo ai debiti e crediti di bilancio, i comuni, singoli o associati, le comunità montane sono tenuti a convocare nel termine di 30 giorni i rispettivi organi deliberanti al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione della unità sanitaria locale.

(64) Numero aggiunto dall'*art. 9, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(65) Comma così modificato dall'*art. 10, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 51 (Finanziamento del servizio sanitario nazionale) (68)

In vigore dal 20 novembre 1985

Il fondo sanitario nazionale destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con la legge di cui al successivo *articolo 53*. Gli importi relativi devono risultare stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, negli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro, del Ministero del bilancio e della programmazione economica. (66)

Le somme stanziate a norma del precedente comma vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standards devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'*art. 3* in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni. Per la ripartizione della spesa in conto capitale si applica quanto disposto dall'*art. 43, D.P.R. 30 giugno 1967, n. 1523*, prorogato dall'*art. 7, L. 6 ottobre 1971, n. 853*.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza, trasferiscono alle regioni le quote loro assegnate ai sensi del presente articolo.

In caso di mancato o ritardato invio ai Ministri della sanità e del tesoro, da parte della regione, dei dati di cui al terzo comma del precedente *articolo 50*, le quote di cui al precedente comma vengono trasferite alla regione in misura uguale alle corrispondenti quote dell'esercizio precedente. (67)

Le regioni, sulla base di parametri numerici da determinarsi, sentiti i comuni, con legge regionale ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, riservandone un'aliquota non superiore al 5% per interventi imprevisti. Tali parametri devono garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale. Per il riparto della quota loro assegnata per il finanziamento delle spese in conto capitale, le regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale.

Con provvedimento regionale agli inizi di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali, tenendo conto dei presidi e servizi di cui all'*articolo 18*, la quota ad esse spettante secondo il piano sanitario

regionale.

Gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale sono responsabili in solido delle spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita, salvo che esse non siano determinate da esigenze obiettive di carattere locale da collegare a fattori straordinari di morbilità accertati dagli organi sanitari della regione e finanziabili con la riserva di cui al quarto comma.

(66) Comma così modificato dall'*art. 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595*.

(67) Comma aggiunto dall'*art. 6, L. 7 agosto 1982, n. 526*.

(68) Vedi, anche, l'*art. 27, L. 27 dicembre 1983, n. 730*.

Art. 52 (Finanziamento per l'esercizio finanziario 1979) (69)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscrivere nel bilancio dello Stato è determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome, estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'*art. 12-bis, D.L. 8 luglio 1974, n. 264*, come modificato dalla *legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386*, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge, per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale.

Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale per l'esercizio 1979, sulle spese impegnate nel 1977 vengono riconosciute in aumento:

a) le maggiorazioni derivanti dall'applicazione delle norme contrattuali, regolamentari o legislative vigenti per quanto riguarda la spesa del personale, compreso quello il cui rapporto è regolato da convenzioni;

b) la maggiorazione del 7 per cento delle spese impegnate per la fornitura di beni e servizi per ciascuno degli anni 1978 e 1979;

c) le maggiorazioni derivanti dalle rate di ammortamento dei mutui regolarmente contratti negli anni 1978 e precedenti e non compresi negli impegni dell'anno 1977.

Fatte salve le necessità finanziarie degli organi centrali del servizio sanitario nazionale e degli enti pubblici di cui al primo comma, alla ripartizione del fondo fra le regioni si provvede per l'esercizio 1979, anche in deroga al disposto dell'*articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281*, con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, assumendo come riferimento la spesa rilevata nelle singole regioni, secondo quanto è previsto dal presente articolo, maggiorata in base alle disposizioni di cui al precedente comma.

Le regioni, tenuto conto di quanto disposto dal terzo comma dell'*art. 61* e sulla base degli atti ricognitivi previsti dall'*art. 7, L. 4 agosto 1978, n. 461*, assicurano, con periodicità trimestrale i necessari mezzi finanziari agli enti che nel territorio regionale esercitano le funzioni del servizio sanitario nazionale fino all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali.

Agli enti medesimi si applicano anche, nel periodo considerato, le disposizioni di cui ai numeri 8) e 9) del primo comma dell'*art. 50*.

Gli enti e le regioni, per la parte di rispettiva competenza, sono tenuti agli adempimenti di cui ai commi secondo e terzo dell'*art. 50*.

Ove dai rendiconti trimestrali risulti che la gestione manifesti un disavanzo rispetto al piano economico contabile preso a base per il finanziamento dell'ente, la regione indica tempestivamente i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione.

(69) Vedi, anche, l'*art. 1, D.L. 26 maggio 1979, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 27 luglio 1979, n. 300*, e l'*art. 21, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Titolo II

PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE E DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 53 (Piano sanitario nazionale)

In vigore dal 18 agosto 1993

Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali. (70)

Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. (70)

Il piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo. (70)

Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini della applicazione del piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del servizio sanitario nazionale, rapportate alla durata del piano stesso, con specifica indicazione degli importi da assegnare al fondo sanitario nazionale ai sensi dell'*articolo 51* della presente legge e dei criteri di ripartizione delle regioni. (74)

Il Parlamento esamina ed approva contestualmente il piano sanitario nazionale, le norme precettive di applicazione e le norme di finanziamento pluriennale. (71)

Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale, il cui parere si intende positivo se non espresso entro 60 giorni dalla richiesta. (71)

Il piano sanitario nazionale ha di norma durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio con il rispetto delle modalità di cui al presente articolo. (71)

Il piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme finanziarie pluriennali di cui al precedente quinto comma sono approvati e trasmessi dal Governo al Parlamento nel corso dell'ultimo anno di validità del piano precedente, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 1° settembre dell'anno stesso. (71)

Le regioni predispongono e approvano i propri piani sanitari regionali entro il successivo mese di novembre. (71)

Il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata:

- a) gli obiettivi da realizzare nel triennio con riferimento a quanto disposto dall'*articolo 2*;
- [b) l'importo del fondo sanitario nazionale di cui all'art. 51, da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato; (72)]
- c) gli indici e gli standards nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi, anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, con limiti differenziati per gruppi di spese correnti e per gli investimenti, prevedendo in particolare gli indici nazionale e regionali relativi ai posti letto e la ripartizione quantitativa degli stessi. Quanto agli investimenti il piano deve prevedere che essi siano destinati alle regioni nelle quali la dotazione di posti letto e gli altri presidi e strutture sanitarie risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso. Ai fini della valutazione della priorità di investimento il piano tiene conto anche delle disponibilità, nelle varie regioni, di posti letto, presidi e strutture sanitarie di istituzioni convenzionate. Il piano prevede inoltre la sospensione di ogni investimento (se non per completamenti e ristrutturazioni dimostrate assolutamente urgenti ed indispensabili) nelle regioni la cui dotazione di posti letto e di altri presidi e strutture sanitarie raggiunge o supera i suddetti indici;
- d) gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le regioni nella ripartizione della quota regionale ad esse assegnata tra le unità sanitarie locali;
- e) i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi fondamentali previsti dalla presente legge e per gli organici del personale addetto al servizio sanitario nazionale;
- f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché le fasi e le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi;
- g) gli indirizzi ai quali devono riferirsi i piani regionali di cui al successivo art. 55, ai fini di una coordinata e uniforme realizzazione degli obiettivi di cui alla precedente lettera a);
- h) gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale addetto al servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali e alle necessità quantitative dello stesso;
- i) le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi che sono stati previsti;
- l) le esigenze prioritarie del servizio sanitario nazionale in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

[Ai fini della programmazione sanitaria, il Ministro della sanità è autorizzato ad avvalersi di un gruppo di persone particolarmente competenti in materia economica e sanitaria, per la formazione delle analisi tecniche, economiche e sanitarie necessarie alla predisposizione del piano sanitario nazionale. (73)]

[La remunerazione delle persone di cui al comma precedente è stabilita dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con il decreto di conferimento dell'incarico. Agli oneri finanziari relativi si fa fronte con apposito capitolo da istituirsene nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità. (73)]

(70) Comma sostituito dall'art. 20, comma 1, D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 novembre 1983, n. 638 e, successivamente, dall'art. 1, comma 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595.

(71) Comma inserito dall'art. 1, comma 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595.

(72) Lettera abrogata dall'art. 1, comma 2, L. 23 ottobre 1985, n. 595.

(73) Comma abrogato dall'art. 5, comma 6, D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 266.

(74) Comma inserito dall'art. 20, comma 1, D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 novembre 1983, n. 638 e, successivamente, sostituito dall'art. 1, comma 1, L. 23 ottobre 1985, n. 595.

Art. 54 (Primo piano sanitario nazionale)

In vigore dal 15 luglio 1981

Il piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982 deve essere presentato al Parlamento entro il 30

aprile 1979.

Fino all'approvazione del piano sanitario nazionale è vietato disporre investimenti per nuove strutture immobiliari e per nuovi impianti di presidi sanitari. (75)

Particolari, motivate deroghe, possono essere consentite, su richiesta delle regioni, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. (76)

(75) Comma aggiunto dall'*art. 13, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(76) Comma aggiunto dall'*art. 5, D.L. 30 aprile 1981, n. 168*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 27 giugno 1981, n. 331*.

Art. 55 (Piani sanitari regionali)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base ai piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'*articolo 53* e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni.

Art. 56 (Primi piani sanitari regionali)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Per il triennio 1980-1982 i singoli piani sanitari regionali sono predisposti ed approvati entro il 30 ottobre 1979 e devono fra l'altro prevedere:

- a) l'importo delle quote da iscrivere per ogni anno del triennio nel bilancio della regione con riferimento alle indicazioni del piano sanitario nazionale;
- b) le modalità per attuare, nelle unità sanitarie locali della regione, l'unificazione delle prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dal quarto comma, lettera f), dell'*articolo 53*;
- c) gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle unità sanitarie locali nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale.

Art. 57 (Unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale di cui all'*articolo 53*, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, ed anche in conformità a quanto previsto dalla lettera f), quarto comma, dell'*articolo 53*, si provvede a disciplinare l'adeguamento della partecipazione contributiva degli assistiti nonché le modalità e i tempi di tale partecipazione in funzione della soppressione delle strutture mutualistiche di cui al primo comma del presente articolo.

Sono comunque fatte salve le prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche, erogate, ai sensi delle leggi e dei regolamenti vigenti, a favore degli invalidi per causa di guerra e di servizio dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili. (77)

Nulla è innovato alle disposizioni del *D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124*, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria curativa e riabilitativa, che devono essere garantite, a prescindere dalla iscrizione di cui al terzo comma dell'*articolo 19* della presente legge, agli invalidi del lavoro, ferma restando, altresì, l'esclusione di qualunque concorso di questi ultimi al pagamento delle prestazioni sanitarie. Con legge regionale è disciplinato il coordinamento, anche mediante convenzioni, fra l'erogazione delle anzidette prestazioni e gli interventi sanitari che gli enti previdenziali gestori dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali pongono in essere, in favore degli infortunati e tecnopatici, per realizzare le finalità medico-legali di cui all'*articolo 75* della presente legge. (77)

(77) Vedi, anche, l'*art. 5, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, con l'*art. 1, L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 58 (Servizio epidemiologico e statistico)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Nel piano sanitario nazionale di cui all'*articolo 53* sono previsti specifici programmi di attività per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale e regionale e per la gestione dei servizi sanitari.

I programmi di attività, per quanto attiene alle competenze attribuitegli dal precedente *articolo 27*, sono

attuati dall'Istituto superiore di sanità.

Le regioni, nell'ambito dei programmi di cui al primo comma, provvedono ai servizi di informatica che devono essere organizzati tenendo conto delle articolazioni del servizio sanitario nazionale.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono dettate norme per i criteri in ordine alla scelta dei campioni di rilevazione e per la standardizzazione e comparazione dei dati sul piano nazionale e regionale.

Art. 59 (Riordinamento del Ministero della sanità) (78)

In vigore dal 18 agosto 1993

[Con legge dello Stato, entro il 30 giugno 1979, si provvede al riordinamento del Ministero della sanità, che dovrà essere strutturato per l'attuazione dei compiti che gli sono assegnati dalla presente legge, in osservanza dei criteri generali e dei principi direttivi in essa indicati ed in stretta correlazione con le funzioni che nell'ambito del servizio sanitario nazionale debbono essere esercitate dal Ministero medesimo. In sede di riordinamento del Ministero della sanità, sarà stabilita la dotazione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

Con la stessa legge sono rideterminate le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministero della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

In attesa della legge di cui al primo comma, il Ministro della sanità, con proprio decreto, costituisce, in via provvisoria, l'ufficio centrale della programmazione sanitaria, in relazione alle esigenze di cui all'art. 53, e l'ufficio per l'attuazione della presente legge con compiti di studio e predisposizione dei provvedimenti legislativi ed amministrativi connessi alla istituzione del servizio sanitario nazionale, e provvede a definire gli ambiti funzionali dei nuovi uffici apportando le necessarie modifiche anche a quelli delle attuali direzioni generali. Ai predetti uffici ed al segretariato del Consiglio sanitario nazionale sono preposti funzionari con qualifica di dirigente generale. I posti previsti nella tabella XIX, quadro A, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1972, n. 748, sono aumentate di tre unità. (79)

Per le esigenze degli uffici di cui al terzo comma, la dotazione organica dei primi dirigenti, con funzioni di vice consigliere ministeriale, di cui al quadro B della richiamata tabella XIX, è elevata di dieci unità. Alla copertura dei posti complessivamente vacanti nella qualifica di primo dirigente si provvede ai sensi dell'art. 1 della legge 30 settembre 1978, n. 583.]

(78) Articolo abrogato dall'*art. 10, comma 1, D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 266*; tale abrogazione ha efficacia dall'entrata in vigore dei regolamenti previsti dal predetto decreto, in relazione alle materie di rispettiva competenza, ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 10, D.Lgs. 266/1993*.

(79) L'*art. 169, L. 11 luglio 1980, n. 312*, ha interpretato autenticamente il presente comma, nel senso che: «fino alla emanazione della legge di riordinamento del Ministero della sanità all'ufficio centrale della programmazione sanitaria, all'ufficio per l'attuazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e al segretariato del Consiglio sanitario nazionale sono preposti i dirigenti generali nominati in conseguenza del predetto aumento».

Art. 60 (Costituzione del Consiglio sanitario nazionale)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge è costituito il Consiglio sanitario nazionale di cui all'*articolo 8*.

Il Consiglio sanitario nazionale, a partire dalla data del suo insediamento e fino alla conclusione delle operazioni di liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, assume i compiti attribuiti al comitato centrale di cui all'*art. 4 L. 29 giugno 1977, n. 349*.

Fino all'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'*articolo 61* sono prorogati i compiti e i poteri affidati ai commissari liquidatori degli *articoli 3 e 7, L. 29 giugno 1977, n. 349*.

Alle sedute del Consiglio sanitario nazionale convocate per l'esercizio dei compiti di cui al secondo comma partecipano con voto consultivo i cinque commissari liquidatori designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale ed i cinque membri proposti dal CNEL di cui al secondo comma dell'*art. 4, L. 29 giugno 1977, n. 349*.

Per l'assolvimento dei propri compiti il Consiglio sanitario nazionale si avvale, sino al riordinamento del Ministero della sanità di cui al precedente *art. 59*, dell'esistente segreteria del comitato centrale di cui all'*art. 4, L. 29 giugno 1977, n. 349*.

Art. 61 (Costituzione delle unità sanitarie locali)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e secondo le norme di cui al precedente Titolo I, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, ne disciplinano con legge i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, il funzionamento e stabiliscono i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base.

Con provvedimento da adottare entro il 31 dicembre 1979 secondo le norme dei rispettivi statuti le regioni costituiscono le unità sanitarie locali.

Le regioni, con lo stesso provvedimento di cui al comma precedente, adottano disposizioni:

a) per il graduale trasferimento ai comuni, perché siano attribuiti alle unità sanitarie locali, delle funzioni, dei beni e delle attrezzature di cui sono attualmente titolari gli enti o gli uffici di cui, a norma della presente legge, vengano a cessare i compiti nelle materie proprie del servizio sanitario nazionale;

b) per l'utilizzazione presso i servizi delle unità sanitarie locali del personale già dipendente dagli enti od uffici di cui alla precedente lettera a) che a norma della presente legge è destinato alle unità sanitarie locali, nonché per il trasferimento del personale medesimo dopo la definizione degli organici secondo quanto disposto nei provvedimenti assunti in attuazione di quanto previsto dal penultimo comma, punto 4, del precedente *articolo 15*;

c) per la gestione finanziaria dei servizi di cui alla precedente lettera a) a partire dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, con l'obbligo di fissare i limiti massimi di spesa consentiti per le attribuzioni del personale e per l'acquisto di beni e servizi e di prevedere periodici controlli della spesa e le

responsabilità in ordine alla stessa.

Fino a quando non sarà stato emanato il provvedimento di cui al secondo comma del presente articolo, la tutela sanitaria delle attività sportive, nelle regioni che non abbiano emanato proprie norme in materia, continuerà ad essere assicurata, con l'osservanza dei principi generali contenuti nella *legge 26 ottobre 1971, n. 1099*, e delle normative stabilite dalle singole federazioni sportive riconosciute dal CONI, secondo i propri regolamenti.

Art. 62 (Riordinamento delle norme in materia di profilassi internazionale di malattie infettive e diffuse)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Il Governo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio di Stato, è autorizzato, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge, a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale, ivi compresa la zooprofilassi, e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, e le altre norme specifiche, tenendo conto dei principi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge. Sino all'emanazione del predetto testo unico, si applicano in quanto non in contrasto con le disposizioni della presente legge, le norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con *R.D. 27 luglio 1934, n. 1265*, e successive modificazioni e integrazioni, nonché le altre disposizioni vigenti in materia.

Art. 63 (Assicurazione obbligatoria)

In vigore dal 3 settembre 1980

A decorrere dal 1° gennaio 1980 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini.

I cittadini che, secondo le leggi vigenti, non sono tenuti all'iscrizione ad un istituto mutualistico di natura pubblica sono assicurati presso il servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie erogate agli assicurati del discolto INAM.

A partire dalla data di cui al primo comma i cittadini di cui al comma precedente soggetti all'obbligo della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sono tenuti a versare annualmente un contributo per l'assistenza di malattia, secondo le modalità di cui ai commi seguenti, valido anche per i familiari che si trovino nelle condizioni indicate nel precedente comma. Gli adempimenti per la riscossione ed il recupero in via giudiziale della quota di cui al precedente comma sono affidati all'INPS che vi provvederà secondo le norme e le procedure che saranno stabilite con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale e del Ministro delle finanze. Con lo stesso decreto sarà stabilita la procedura di segnalazione all'INPS dei soggetti tenuti al pagamento. Per il mancato versamento o per l'omessa od infedele denuncia dei dati indicati nel decreto

di cui al comma precedente si applicano le sanzioni previste per i datori di lavoro soggetti alle procedure di cui al *D.M. 5 febbraio 1969*. (80)

Il contributo dovuto dai cittadini italiani all'estero anche se non soggetti all'obbligo della predetta dichiarazione dei redditi è disciplinato dal decreto di cui all'*art. 37* della presente legge. (81)

Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro il 30 ottobre di ogni anno di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è stabilita la quota annuale da porre a carico degli interessati per l'anno successivo. Detta quota è calcolata tenendo conto delle variazioni previste nel costo medio pro-capite dell'anno precedente per le prestazioni sanitarie di cui al secondo comma. (82)

[Gli interessati verseranno la quota di cui al precedente comma mediante accreditamento in conto corrente postale intestato alla sezione di tesoreria provinciale di Roma con imputazione ad apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato. (83)]

[Con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro delle finanze, saranno stabilite le modalità di accertamento dei soggetti tenuti al pagamento, in collegamento con la dichiarazione dei redditi, nonché i tempi con i controlli relativi ai versamenti di cui al precedente comma. (83)]

Per il mancato versamento o per omessa o infedele dichiarazione, si applicano le sanzioni previste per tali casi nel titolo V del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600.

(80) Comma così sostituito dall'*art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 agosto 1980, n. 441*.

(81) Comma inserito dall'*art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 agosto 1980, n. 441*.

(82) Comma modificato dall'*art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 agosto 1980, n. 441*.

(83) Comma abrogato dall'*art. 15, D.L. 1° luglio 1980, n. 285*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 agosto 1980, n. 441*.

Titolo III NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64 (Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica)

In vigore dal 28 dicembre 1978

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980. (84)

Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgono esclusivamente attività psichiatrica. (84)

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.

La regione disciplina altresì, con riferimento alle norme di cui agli *articoli 66 e 68*, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonché la

destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.

La regione, a partire dal 1° gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'*articolo 35*, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'*articolo 34* sono ordinati secondo quanto previsto dal *D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128*, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione di provvedimenti delegati di cui all'*art. 47* le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli *artt. 4 e 5 e dell'art. 7, D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128*.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'*art. 6 del D.L. 8 luglio 1974, n. 264*, convertito, con modificazioni, nella *L. 17 agosto 1974, n. 386*, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima dell'entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operai sanitari di cui alla lettera i) dell'*art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616*, sono compresi gli infermieri di cui all'*art. 24 del regolamento approvato con R.D. 16 agosto 1909, n. 615*. Fermo restando quanto previsto dalla lettera a) dell'*art. 6* della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali. Restano in vigore le norme di cui all'*art. 7, ultimo comma, L. 13 maggio 1978, n. 180*.

(84) Per la proroga dei termini previsti dal presente comma, vedi l'*art. 3, D.L. 30 aprile 1981, n. 168*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 27 giugno 1981, n. 331*.

Art. 65 (Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppressi)

In vigore dal 12 settembre 1983

In applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'*articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349*, e d'intesa con le regioni interessate, con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, sia i beni mobili ed immobili che le attrezzature destinati prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi sono trasferiti al patrimonio dei comuni competenti per territorio, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali. (85)

Con legge regionale sono disciplinati lo svincolo di destinazione dei beni di cui al precedente comma, il reimpegno ed il reinvestimento dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione in opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi sanitari, nonché la tutela dei beni culturali eventualmente

ad essi connessi.

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i commissari liquidatori di cui alla citata *L. 29 giugno 1977, n. 349*, che provvedono altresì al trasferimento di tutti i rapporti giuridici relativi alle attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali.

I rimanenti beni, ivi comprese le sedi in Roma delle Direzioni generali degli enti soppressi sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi dell'*art. 77* ad eccezione dell'immobile sede della Direzione generale dell'INAM che è attribuito al patrimonio dello Stato. (86)

[Le regioni possono assegnare parte dei predetti beni in uso all'INPS, per la durata del primo piano sanitario nazionale, per le esigenze connesse allo svolgimento dei compiti di cui agli articoli 74 e 76 della presente legge, nonché al Ministero del lavoro e della previdenza sociale per le esigenze delle sezioni circoscrizionali dell'impiego. (89) (87)]

Le Regioni assegnano parte dei beni di cui al precedente comma in uso all'Istituto nazionale della previdenza sociale, per la durata del primo piano sanitario nazionale, per le esigenze connesse allo svolgimento di compiti di cui agli *articoli 74 e 76* della presente legge, nonché al Ministero del lavoro e della previdenza sociale per le esigenze delle sezioni circoscrizionali dell'impiego, secondo i piani concordati con le Amministrazioni predette tenendo conto delle loro esigenze di efficienza e funzionalità. (88)

(85) Comma così sostituito dall'*art. 21, comma 3, D.L. 12 settembre 1983, n. 463*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 11 novembre 1983, n. 638*.

(86) Comma così modificato dall'*art. 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177*.

(87) Comma abrogato dall'*art. 5, L. 23 aprile 1981, n. 155*.

(88) Comma aggiunto dall'*art. 5, L. 23 aprile 1981, n. 155*.

(89) Comma aggiunto dall'*art. 20, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 66 (Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza di enti locali)

In vigore dal 20 giugno 1993

Sono trasferiti al patrimonio del comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali:

a) i beni mobili ed immobili e le attrezzature appartenenti alle province o a consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari (90) ;

b) i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui al settimo comma dell'*art. 64*, nonché degli altri statuti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

I rapporti giuridici relativi alle attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali sono trasferiti ai comuni competenti per territorio.

E' affidata alle unità sanitarie locali la gestione dei beni mobili ed immobili e delle attrezzature destinati ai servizi igienico-sanitari dei comuni e all'esercizio di tutte le funzioni dei comuni e loro consorzi in materia igienico-sanitaria.

Le regioni adottano gli atti legislativi ed amministrativi necessari per realizzare i trasferimenti di cui ai

precedenti commi per regolare i rapporti patrimoniali attivi e passivi degli enti e degli istituti di cui alle lettere a) e b) del primo comma.

Ai trasferimenti di cui al presente articolo si provvede con le modalità e nei termini previsti dall'*articolo 61*.

Con le stesse modalità ed entro gli stessi termini gli enti ed istituti di cui alle lettere a) e b), del primo comma perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica.

Con legge regionale sono disciplinati lo svincolo di destinazione dei beni di cui al primo comma, il reimpegno ed il reinvestimento in opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi sanitari dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione, nonché la tutela dei beni culturali eventualmente ad essi connessi.

(90) Comma modificato dall'*art. 1, comma 1, D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177*; tale modifica ha effetto decorsi sessanta giorni dalla data di pubblicazione del predetto decreto nella G.U., ai sensi di quanto disposto dal comma 2 del medesimo *art. 1, D.P.R. 177/1993*.

Art. 67 (Norme per il trasferimento del personale degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie sopprese) (91)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Entro il 30 giugno 1979, in applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'*art. 4, L. 29 giugno 1977, n. 349*, il Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali confederali rappresentate nel CNEL, stabilisce i contingenti numerici, distinti per amministrazione od ente e per qualifica, del personale da iscrivere nei ruoli regionali del personale addetto ai servizi delle unità sanitarie locali, e del personale da assegnare all'Istituto nazionale della previdenza sociale, all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, e ad altri enti e pubbliche amministrazioni diverse da quelle statali, per le seguenti esigenze:

a) per il fabbisogno di personale relativo ai servizi delle unità sanitarie locali e per i compiti di cui agli *articoli 74, 75 e 76*;

b) per la copertura dei posti in organico degli enti pubblici anzidetti, riservati ai sensi dell'*art. 43, L. 20 marzo 1975, n. 70*, così come risultano dai provvedimenti attuativi dell'*articolo 25 della suddetta legge*.

I medici ed i veterinari provinciali inquadrati nei ruoli regionali sono trasferiti al servizio sanitario nazionale e collocati nei ruoli di cui all'*articolo 47*, salvo diversa necessità della regione.

I contingenti numerici di cui al primo comma comprendono anche il personale dipendente, alla data del 1º dicembre 1977, dalle associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri di cui all'*articolo 40, L. 12 febbraio 1968, n. 132*; detto personale, per il quale viene risolto ad ogni effetto il precedente rapporto, sarà assunto presso le amministrazioni di destinazione previo accertamento dei requisiti di cui al precedente *art. 47*, fatta eccezione per quello rappresentato dal limite di età.

Entro il 31 dicembre 1979 i commissari liquidatori di cui alla *L. 29 giugno 1977, n. 349*, dispongono, su proposta formulata dalle regioni previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, il comando del personale presso le unità sanitarie locali, nell'ambito dei contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale.

Entro la stessa data i commissari liquidatori di cui alla *L. 29 giugno 1977, n. 349*, dispongono, su proposta del Ministro della sanità, previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, con riferimento ai contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale, il comando del personale presso enti e pubbliche amministrazioni diverse da quelle statali.

Allo scadere dell'anno del comando di cui ai due precedenti commi tutto il personale comandato sia ai sensi della presente legge, che della *legge 17 agosto 1974, n. 386*, e della *legge 29 giugno 1977, n. 349*, comunque utilizzato dalle regioni, è trasferito alle stesse, alle unità sanitarie locali ed alle amministrazioni ed enti presso cui presta servizio in una posizione giuridica e di livello funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente o gestione di provenienza alla data del trasferimento stesso, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, n. 3, dell'*articolo 47*.

Il personale non comandato ai sensi dei precedenti commi è assegnato provvisoriamente nei ruoli unici istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri ai sensi del *D.P.R. 24 luglio 1977, n. 618*, con le procedure e i criteri di cui all'art. 1-quaterdecies della *L. 21 ottobre 1978, n. 641*, nella posizione giuridica e di livello funzionale ricoperta all'atto dell'assegnazione. A tutto il personale assegnato in via transitoria ai ruoli unici ai sensi della presente legge e della *L. 21 ottobre 1978, n. 641*, continua ad applicarsi fino alla data dell'inquadramento definitivo nei ruoli unificati dei dipendenti civili dello Stato il trattamento economico, normativo e di fine servizio previsto dalle leggi e dagli ordinamenti degli enti o delle gestioni di provenienza.

Il personale già comandato presso amministrazioni statali ai sensi dell'*art. 6, L. 29 giugno 1977, n. 349*, è trasferito ai ruoli unici di cui al comma precedente ed è assegnato, a domanda, all'amministrazione presso la quale presta servizio, unitamente a quello già assegnato ai sensi dell'*art. 6, L. 23 dicembre 1975, n. 698*.

Fino a sei mesi dall'entrata in funzione delle unità sanitarie locali è consentita la possibilità di convenzionare con le limitazioni previste dall'*art. 48, terzo comma, n. 4*, i medici dipendenti degli enti di cui agli artt. 67, 68, 72, 75 già autorizzati in base alle vigenti disposizioni.

(91) Vedi, anche, l'*art. 5, D.L. 1° luglio 1980, n. 285*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 8 agosto 1980, n. 441*.

Art. 68 (Norme per il trasferimento del personale di enti locali) In vigore dal 28 dicembre 1978

Con legge regionale entro il 30 giugno 1979 è disciplinata l'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al quarto comma, n. 1), dell'*art. 47* del personale dipendente dagli enti di cui alle lettere a) e b) del primo comma dell'*articolo 66* nonché dai comuni che risulti addetto ai servizi sanitari trasferiti, in modo continuativo da data non successiva al 30 giugno 1977, salvo le assunzioni conseguenti a concorsi pubblici espletati fino alla entrata in vigore della presente legge.

Con la medesima legge e con gli stessi criteri e modalità di cui al primo comma, è parimenti iscritto nei ruoli regionali di cui al precedente comma, il personale tecnico-sanitario, trasferito e già inquadrato nei ruoli della regione, proveniente da posti di ruolo conseguiti per effetto di pubblico concorso, presso gli uffici sanitari comunali, i laboratori provinciali di igiene e profilassi delle due sezioni e altri servizi degli enti locali, che ne faccia richiesta, alla regione di appartenenza, entro 120 giorni dall'emanazione del decreto governativo di cui all'*articolo 47* della presente legge.

Parimenti il personale tecnico-sanitario assunto dalle regioni per i servizi regionali può essere inquadrato,

se ne faccia richiesta entro i termini anzidetti, nel servizio sanitario nazionale, con le disposizioni di cui allo stesso *articolo 47*, comma quinto, lettera c).

Il personale di cui ai precedenti commi è assegnato alle unità sanitarie locali, nella posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dall'*articolo 47*, terzo comma, n. 3).

Sino all'entrata in vigore del primo accordo nazionale unico di cui al nono comma dell'*articolo 47* al personale in oggetto spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti di provenienza, ivi compresi gli istituti economico-normativi previsti dalla *legge 18 marzo 1968, n. 431* e dalla *legge 21 giugno 1971, n. 515*, e dai decreti applicativi delle medesime, nonché dall'*articolo 13 della legge 29 giugno 1977, n. 349*.

Art. 69 (Entrate del fondo sanitario nazionale) (94) **In vigore dal 28 dicembre 1978**

A decorrere dal 1º gennaio 1979, in relazione a quanto disposto negli *articoli 51 e 52*, sono versati all'entrata del bilancio dello Stato:

- a) i contributi assicurativi di cui all'*art. 76*;
- b) le somme già destinate in via diretta e indiretta dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, nonché da altri enti pubblici al finanziamento delle funzioni esercitate in materia sanitaria, in misura non inferiore a quelle accertate nell'anno 1977 maggiorate del 14 per cento (92) (93);
- c) i proventi ed i redditi netti derivanti dal patrimonio trasferito ai comuni per le unità sanitarie locali (93);
- d) gli avanzi annuali delle gestioni dell'assicurazione contro la tubercolosi gestite dall'INPS e da altri enti mutuo-previdenziali;
- e) i proventi derivanti da attività a pagamento svolte dalle unità sanitarie locali e dai presidi sanitari ad esse collegati, nonché da recuperi, anche a titolo di rivalsa (93).

Le somme di cui alla lettera b) possono essere trattenute, a compensazione, sui trasferimenti di fondi dello Stato a favore degli enti ivi indicati.

Sono altresì versate all'entrata del bilancio dello Stato i proventi ed i redditi netti derivanti, per l'anno 1979, dal patrimonio degli enti ospedalieri e degli enti, casse, servizi e gestioni autonome in liquidazione, di cui all'*art. 12-bis, D.L. 8 luglio 1974, n. 264* convertito, nella *L. 17 agosto 1974, n. 386*.

I versamenti al bilancio dello Stato devono essere effettuati: per i contributi assicurativi di cui alla lettera a) entro i termini previsti dall'*articolo 24* della legge finanziaria; per le somme di cui alla lettera b) entro 15 giorni dal termine di ogni trimestre nella misura di 3/12 dello stanziamento di bilancio; per i proventi ed i redditi di cui alle lettere c) ed e), nonché di quelli di cui al terzo comma entro 15 giorni dalla fine di ogni trimestre; per gli avanzi di cui alla lettera d) entro 15 giorni dall'approvazione dei bilanci consuntivi della gestione.

Alla riscossione delle somme dovute ai sensi del presente articolo e non versate allo Stato nei termini previsti, nonché ai relativi interessi di mora, provvede l'Intendenza di finanza, secondo le disposizioni del *testo unico 14 aprile 1910, n. 639*, relativo alla procedura coattiva per la riscossione delle entrate patrimoniali dello Stato.

Cessano di avere vigore, con effetto dal 1° gennaio 1979, le norme che prevedono la concessione di contributi dello Stato ad enti, organismi e gestioni il cui finanziamento è previsto dalla presente legge.

(92) Percentuale elevata al 16%, per il 1982, dall'art. 1, *D.L. 25 gennaio 1982, n. 16*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 25 marzo 1982, n. 98*.

(93) Vedi, anche, l'*art. 25, L. 27 dicembre 1983, n. 730*.

(94) Vedi, anche, l'*art. 1, D.L. 26 maggio 1979, n. 154*.

Art. 70 (Scorporo dei servizi sanitari della Croce rossa Italiana - CRI - e riordinamento dell'Associazione) (95) (96)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Con effetto dal 1° gennaio 1980, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono trasferiti ai comuni competenti per territorio per essere destinati alle unità sanitarie locali i servizi di assistenza sanitaria dell'Associazione della Croce rossa italiana (CRI), non connessi direttamente alle sue originarie finalità, nonché i beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi ed il personale ad essi adibito, previa individuazione del relativo contingente.

Per il trasferimento dei beni e del personale si adottano in quanto applicabili le disposizioni di cui agli articoli 65 e 67.

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento della Associazione della Croce rossa italiana con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

- 1) l'organizzazione dell'Associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico della Associazione stessa;
- 2) i compiti dell'Associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità statutarie ed agli adempimenti commessi dalle vigenti convenzioni e risoluzioni internazionali e dagli organi della Croce rossa internazionale alle società di Croce rossa nazionali;
- 3) le strutture dell'Associazione, pur conservando l'unitarietà del sodalizio, dovranno essere articolate su base regionale;
- 4) le cariche dovranno essere gratuite e dovrà essere prevista l'elettività da parte dei soci qualificati per attive prestazioni volontarie nell'ambito dell'Associazione.

(95) Per il rinnovo fino al 31 luglio 1980 delle deleghe di cui al presente articolo, vedi l'*art. 2, comma 1, L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(96) Vedi, anche, il *D.P.R. 31 luglio 1980, n. 613*.

Art. 71 (Compiti delle Associazioni di volontariato)

In vigore dal 28 dicembre 1978

I compiti di cui all'*articolo 2, lettera b*), del decreto del Capo provvisorio dello Stato 13 novembre 1947, n.

1256, possono essere svolti anche dalle Associazioni di volontariato di cui al precedente *articolo 45*, in base a convenzioni da stipularsi con le unità sanitarie locali interessate per quanto riguarda le competenze delle medesime.

Art. 72 (Soppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni - ENPI - e dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione - ANCC -) (100)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria, il commercio e l'artigianato e del tesoro, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) (97) e dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione (ANCC) (98) e ne sono nominati i commissari liquidatori.

Ai predetti commissari liquidatori sono attribuiti, sino al 31 dicembre 1979, i compiti e le funzioni che la *legge 29 giugno 1977, n. 349*, attribuisce ai commissari liquidatori degli enti mutualistici. La liquidazione dell'ENPI e della ANCC è disciplinata ai sensi dell'*articolo 77*.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 i compiti e le funzioni svolti dall'ENPI e dalla ANCC sono attribuiti rispettivamente ai comuni, alle regioni e agli organi centrali dello Stato, con riferimento all'attribuzione di funzioni che nella stessa materia è disposta dal *D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616*, e dalla presente legge. Nella legge istitutiva dell'Istituto superiore per la prevenzione e per la sicurezza del lavoro sono individuate le attività e le funzioni già esercitate dall'ENPI e dall'ANCC attribuite al nuovo Istituto e al CNEN. (99)

A decorrere dalla data di cui al precedente comma, al personale, centrale e periferico, dell'ENPI e dell'ANCC, si applicano le procedure dell'*articolo 67* al fine di individuare il personale da trasferire all'Istituto superiore per la sicurezza e la prevenzione del lavoro e da iscrivere nei ruoli regionali per essere destinato ai servizi delle unità sanitarie locali e in particolare ai servizi di cui all'*articolo 22*.

Si applicano per il trasferimento dei beni dell'ENPI e dell'ANCC le norme di cui all'*articolo 65* ad eccezione delle strutture scientifiche e dei laboratori centrali da destinare all'Istituto superiore per la sicurezza e la prevenzione del lavoro.

(97) Per il decreto di estinzione dell'ENPI, vedi il *D.P.R. 14 febbraio 1979*.

(98) Per il decreto di estinzione dell'ANCC, vedi il *D.P.R. 14 febbraio 1979*.

(99) Vedi il *D.P.R. 31 luglio 1980, n. 619* e il *D.L. 30 aprile 1981, n. 169*.

(100) Vedi, anche, l'*art. 5, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 73 (Trasferimento di personale statale addetto alle attività di prevenzione e di sicurezza del lavoro)

In vigore dal 28 dicembre 1978

In riferimento a quanto disposto dall'*articolo 21*, primo comma, con provvedimento del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, il personale tecnico e sanitario, centrale e periferico, degli Ispettorati del lavoro addetto alle sezioni mediche, chimiche e ai servizi di protezione antinfortunistica, viene comandato, a domanda e a decorrere dal 1° gennaio 1980, presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, o nei presidi e servizi delle unità sanitarie locali e, in particolare, nei presidi di cui all'*articolo 22*.

Per il provvedimento di cui al primo comma si adottano, in quanto applicabili, le procedure di cui all'*articolo 67*.

Art. 74 (Indennità economiche temporanee) (102)**In vigore dal 28 dicembre 1978**

A decorrere dal 1° gennaio 1980 e sino all'entrata in vigore della legge di riforma del sistema previdenziale, l'erogazione delle prestazioni economiche per malattia e per maternità previste dalle vigenti disposizioni in materia già erogate dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi della *legge 17 agosto 1974, n. 386*, di conversione con modificazioni del *decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264*, è attribuita all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) che terrà apposita gestione. A partire dalla stessa data la quota parte dei contributi di legge relativi a tali prestazioni è devoluta all'INPS ed è stabilita con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto col Ministro del tesoro. (101)

Resta ferma presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) la gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, con compiti limitati all'erogazione delle sole prestazioni economiche.

Entro la data di cui al primo comma con legge dello Stato si provvede a riordinare la intera materia delle prestazioni economiche per maternità, malattia ed infortunio.

(101) Vedi il *D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

(102) La Corte costituzionale, con sentenza 25 febbraio-4 marzo 2008, n. 47 (Gazz. Uff. 27 febbraio 2008, n. 10, 1ª Serie speciale), ha dichiarato manifestamente inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 74 sollevate in riferimento agli artt. 2, 3, 38, 41 e 53 della Costituzione.

Art. 75 (Rapporto con gli enti previdenziali)**In vigore dal 28 dicembre 1978**

Entro il 31 dicembre 1980, con legge dello Stato sono disciplinati gli aspetti previdenziali connessi con le competenze in materia di medicina legale attribuite alle unità sanitarie locali ai sensi dell'*articolo 14*,

lettera q).

Sino all'entrata in vigore della legge di cui al precedente comma gli enti previdenziali gestori delle assicurazioni invalidità, vecchiaia, superstiti, tubercolosi, assegni familiari, infortuni sul lavoro e malattie professionali conservano le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni, nonché i beni, le attrezzature ed il personale strettamente necessari all'espletamento delle funzioni stesse, salvo quanto disposto dal comma successivo.

Fermo restando il termine sopra previsto gli enti previdenziali di cui al precedente comma stipulano convenzioni con le unità sanitarie locali per utilizzare i servizi delle stesse, ivi compresi quelli medico-legali, per la istruttoria delle pratiche previdenziali.

Le gestioni commissariali istituite ai sensi dell'*articolo 12-bis del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264*, come modificato dalla *legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386*, in relazione ai compiti di assistenza sanitaria degli enti previdenziali di cui al secondo comma cessano secondo le modalità e nei termini di cui all'*articolo 61*.

Gli enti previdenziali di cui al presente articolo, fino alla data indicata nel primo comma, applicano al personale medico dipendente dagli stessi gli istituti normativi previsti specificamente per i medici dalle norme delegate di cui all'*articolo 47*.

Art. 76 (Modalità transitorie per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia) In vigore dal 15 marzo 1980

Fino al 31 dicembre 1979 gli adempimenti relativi all'accertamento, alla riscossione e al recupero in via giudiziale dei contributi sociali di malattia e di ogni altra somma ad essi connessa restano affidati agli enti mutualistici ed altri istituti e gestioni interessati, posti in liquidazione ai sensi della *legge 29 giugno 1977, n. 349*.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali tali adempimenti sono affidati all'INPS, che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi e vi provvederà secondo le norme e le procedure in vigore per l'accertamento e la riscossione dei contributi di propria pertinenza.

[Tali adempimenti restano invece affidati agli enti mutualistici e ad altri istituti e gestioni interessati posti in liquidazione ai sensi della legge 29 giugno 1977, n. 349, per i contributi di malattia riferiti agli anni 1979 e precedenti. (103)]

I contributi di competenza degli enti di malattia dovranno affluire in apposito conto corrente infruttifero di tesoreria intestato al Ministero del tesoro, mediante versamento da parte dei datori di lavoro o degli esattori od enti, incaricati della riscossione a mezzo ruolo, con bollettino di conto corrente postale o altro idoneo sistema stabilito con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro del tesoro.

Restano salve le sanzioni penali previste in materia dalla vigente legislazione.

Per l'attuazione dei nuovi compiti provvisoriamente attribuiti ai sensi del presente articolo, l'INPS, sia a livello centrale che periferico, è tenuto ad avvalersi di personale degli enti già preposti a tali compiti. Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico dell'INPS.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 vengono affidati all'INPS gli adempimenti previsti da convenzioni già stipulate con l'INAM ai sensi della *legge 4 giugno 1973, n. 311*, dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a carattere nazionale.

(103) Comma abrogato dall'*art. 23 quinque, D.L. 30 dicembre 1979, n. 663*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 29 febbraio 1980, n. 33*.

Art. 77 (Liquidazione degli enti soppressi e ripiano delle loro passività)

In vigore dal 28 dicembre 1978

Fermo restando quanto disposto dal secondo comma dell'*articolo 60*, alla liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui all'*articolo 12-bis del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264*, come modificato dalla *legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386*, si provvede, entro 18 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sulla base delle direttive emanate, in applicazione dell'*art. 4, quarto comma, L. 29 giugno 1977, n. 349*, dal comitato centrale istituito con lo stesso articolo 4. (104)

Prima che siano esaurite le operazioni di liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui al precedente comma, i commissari liquidatori provvedono a definire tutti i provvedimenti da adottarsi in esecuzione di decisioni degli organi di giustizia amministrativa non più suscettibili di impugnativa. Entro lo stesso periodo i commissari liquidatori provvedono, ai soli fini giuridici, alla ricostruzione della carriera dei dipendenti che, trovandosi in aspettativa per qualsiasi causa, ne abbiano diritto al termine della aspettativa in base a norme di legge o regolamentari.

Le gestioni di liquidazione che non risultano chiuse nel termine di cui al primo comma sono assunte dallo speciale ufficio liquidazioni presso il Ministero del tesoro di cui alla *legge 4 dicembre 1956, n. 1404*.

I commissari liquidatori delle gestioni di cui al terzo comma cessano dalle loro funzioni il trentesimo giorno successivo alla data di assunzione delle gestioni stesse da parte dell'ufficio liquidazioni. Entro tale termine essi devono consegnare all'ufficio liquidazioni medesimo tutte le attività esistenti, i libri contabili, gli inventari ed il rendiconto della loro intera gestione.

Le disponibilità finanziarie delle gestioni di cui al terzo comma sono fatte affluire in apposito conto corrente infruttifero di tesoreria dal quale il Ministro del tesoro può disporre prelevamenti per la sistemazione delle singole liquidazioni e per la copertura dei disavanzi di quelle deficitarie.

Eventuali disavanzi di liquidazione, che non è possibile coprire a carico del conto corrente di cui al quinto comma, saranno finanziati a carico del fondo previsto dall'*art. 14, L. 4 dicembre 1956, n. 1404*, per la cui integrazione il Ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario con la osservanza delle norme di cui all'*art. 1 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264*, convertito, con modificazioni, nella *legge 17 agosto 1974, n. 386*. Agli oneri derivanti dalle predette operazioni finanziarie si provvede per il primo anno con una corrispondente maggiorazione delle operazioni stesse per gli anni successivi con appositi stanziamenti da iscrivere annualmente nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro.

Per le esigenze della gestione di liquidazione di cui al terzo comma si applica il disposto dell'*art. 12, quarto comma, L. 4 dicembre 1956, n. 1404*.

(104) Per la proroga della data prevista dal presente comma, vedi l'*art. 1, ultimo comma, D.L. 1° luglio 1980, n. 285 e, successivamente, l'*art. 1, comma 4, D.L. 30 aprile 1981, n. 168.**

Art. 78 (Norme fiscali)
In vigore dal 28 dicembre 1978

I trasferimenti di beni mobili ed immobili dipendenti dall'attuazione della presente legge, sono esenti, senza limiti di valore, dalle imposte di bollo, di registro, di incremento di valore, ipotecarie, catastali e da ogni altra imposta, spesa, tassa o diritto di qualsiasi specie o natura.

Art. 79 (Esercizio delle deleghe legislative)
In vigore dal 28 dicembre 1978

Le norme delegate previste dalla presente legge sono emanate, con decreti del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con i Ministri del tesoro, dell'interno e del bilancio e della programmazione economica e degli altri Ministri, in ragione delle rispettive competenze indicate nei precedenti articoli, adottando la procedura complessivamente prevista dall'*art. 8, L. 22 luglio 1975, n. 382.* Per l'esercizio delle deleghe di cui agli *articoli 23, 24, 37, 42, 47 e 59* in luogo della Commissione parlamentare per le questioni regionali, di cui all'*art. 52, L. 10 febbraio 1953, n. 62,* e successive modificazioni e integrazioni, i pareri sono espressi da una apposita commissione composta da 10 deputati e 10 senatori nominati, in rappresentanza proporzionale dei gruppi parlamentari, dai Presidenti delle rispettive Camere.

Art. 80 (Regioni a statuto speciale)
In vigore dal 29 dicembre 1983

Restano salve le competenze statutarie delle regioni a statuto speciale nelle materie disciplinate dalla presente legge. Restano ferme altresì le competenze spettanti alle province autonome di Trento e di Bolzano secondo le forme e condizioni particolari di autonomia definite dal *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670,* e relative norme di attuazione, nel rispetto, per quanto attiene alla provincia autonoma di Bolzano, anche delle norme relative alla ripartizione proporzionale fra i gruppi linguistici e alla parificazione delle lingue italiana e tedesca. (105)

Al trasferimento delle funzioni, degli uffici, del personale e dei beni alle regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, nonché alle province autonome di Trento e di Bolzano, si provvederà con le procedure previste dai rispettivi statuti. (106)

Appositi accordi o convenzioni regolano i rapporti tra la Regione Valle d'Aosta e l'Ordine Mauriziano per quanto riguarda la utilizzazione dello Stabilimento di ricovero e cura di Aosta.

(105) Comma così modificato dall'*art. 27, comma 7, L. 27 dicembre 1983, n. 730.*

(106) Vedi, anche, l'*art. 22 D.P.R. 22 febbraio 1982, n. 182.*

Art. 81 (Assistenza ai mutilati e agli invalidi civili) In vigore dal 28 dicembre 1978

Il trasferimento delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria protesica e specifica a favore dei mutilati e invalidi di cui all'*articolo 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118*, nonché dei sordomuti e ciechi civili diventa operativo a partire dal 1° luglio 1979.

Art. 82 (Variazioni al bilancio dello Stato) In vigore dal 28 dicembre 1978

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alle occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 83 (Entrata in vigore della legge) In vigore dal 28 dicembre 1978

La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

Le disposizioni di cui ai Capi II, III e V del Titolo I e quelle di cui al Titolo III avranno effetto dal 1° gennaio 1979.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserta nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come

legge dello Stato.

Corte cost., Sent., (ud. 19/10/2021) 13-12-2021, n. 241**IMPIEGO PUBBLICO**

Questioni di legittimità costituzionale

SANITA' E SANITARI

Medici e personale ospedaliero e delle A.S.L.

Questioni di legittimità costituzionale

Fatto Diritto P.Q.M.

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori:

Presidente: Giancarlo CORAGGIO

Giudici: Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI, Stefano PETITTI, Angelo BUSCEMA, Emanuela NAVARRETTA, Maria Rosaria SAN GIORGIO,
ha pronunciato la seguente**Svolgimento del processo****SENTENZA**

nel giudizio di legittimità costituzionale degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania 3 agosto 2020, n. 35, recante "Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle L.R. 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013-2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)", promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso notificato il 2-8 ottobre 2020, depositato in cancelleria il 5 ottobre 2020, iscritto al n. 91 del registro ricorsi 2020 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 46, prima serie speciale, dell'anno 2020.

Visto l'atto di costituzione della Regione Campania;

udito nell'udienza pubblica del 19 ottobre 2021 il Giudice relatore Maria Rosaria San Giorgio;

uditi l'avvocato dello Stato Francesco Sclafani per il Presidente del Consiglio dei ministri e l'avvocato Almerina Bove per la Regione Campania;

deliberato nella camera di consiglio del 20 ottobre 2021.

1.- Con ricorso notificato il 2-8 ottobre 2020 e depositato il 5 ottobre 2020, iscritto al n. 91 del reg. ric. del 2020, il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha promosso questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania 3 agosto 2020, n. 35, recante "Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle L.R. 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013-2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)", in riferimento agli artt. 117, secondo comma, lettera I), e terzo comma, in relazione all'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), e 3 della Costituzione.

1.1.- La legge regionale impugnata istituisce il servizio di psicologia di base e la figura dello psicologo delle cure primarie o psicologo di base, disciplinando le finalità, i compiti, l'organizzazione delle attività, la verifica e monitoraggio dell'assistenza prestata, l'istituzione di uno specifico organismo indipendente con funzioni di osservatorio, nonché le risorse finanziarie per la sua attuazione, aspetto, quest'ultimo, non specificamente censurato dal ricorrente.

1.2.- Secondo il Presidente del Consiglio dei ministri, attraverso tali disposizioni, la Regione affiderebbe il neoistituito servizio di psicologia di base ad uno psicologo in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario regionale, mentre la normativa statale ammette un rapporto di convenzione unicamente per le figure del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

Ne discenderebbe la violazione del divieto di istituire nuove tipologie di rapporti convenzionali con il Servizio sanitario nazionale (SSN) per garantire un'attività ordinaria, in assenza di norme statali di riferimento, essendo i rapporti delle pubbliche amministrazioni con i professionisti regolati da norme

speciali valide sull'intero territorio nazionale.

Rileva, sul punto, la difesa erariale che i professionisti che operano in convenzione con il SSN sarebbero esclusivamente il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, il cui rapporto con il SSN è disciplinato da accordi collettivi nazionali di settore, di durata triennale.

Inoltre, sostiene il Presidente del Consiglio dei ministri, la sentenza di questa Corte n. 186 del 2016 avrebbe affermato che il rapporto di lavoro dei medici in convenzione, nonostante la particolarità della disciplina e il concetto di parasubordinazione, nell'elaborazione giurisprudenziale non presenta differenze apprezzabili rispetto al rapporto di lavoro contrattualizzato. Con l'effetto che nella materia dell'ordinamento civile rientrerebbe, oltre alla disciplina del rapporto di impiego dei dipendenti pubblici contrattualizzati, anche quella relativa al rapporto dei medici convenzionati, ascrivibile al novero di quelli parasubordinati.

1.3.- Il ricorrente, quindi, evidenzia che l'art. 1 della legge regionale impugnata, laddove istituisce nuovi rapporti di lavoro in convenzione con il SSN, in assenza di una previsione statale - e conseguentemente gli artt. 2, 3, 4, 5 e 6 della stessa legge regionale, allorché si riferiscono ai predetti psicologi di base in rapporto convenzionale con il SSN - sarebbero in contrasto con l'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e violerebbero la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera I), Cost.

Sarebbe altresì lesa l'art. 3 Cost., in quanto il principio di uguaglianza imporrebbe di garantire l'uniformità sul territorio nazionale delle regole fondamentali che disciplinano i rapporti in questione, volte ad assicurare la massima efficienza e funzionalità operativa al SSN per la tutela della salute di tutti.

1.4.- In via subordinata, l'Avvocatura generale dello Stato lamenta che la legge regionale censurata, dettando disposizioni nella materia concorrente delle professioni, violerebbe l'art. 117, terzo comma, Cost., in relazione all'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992.

E tanto perché, nell'istituire la figura dello psicologo di base, il legislatore della Regione Campania richiama espressamente il citato D.Lgs. n. 502 del 1992, il quale tuttavia non prevederebbe tale figura professionale, limitandosi ad indicare, quale principio-guida per l'accordo collettivo nazionale che disciplina i rapporti tra il SSN e i medici convenzionati (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), la facoltà di un incremento del numero di assistiti, laddove nell'ambito dei relativi studi sia prevista anche la presenza dello psicologo.

Aggiunge la difesa dello Stato che l'art. 8, comma 1, lettera b-quinquies), del D.Lgs. n. 502 del 1992, riconoscerebbe ai predetti medici convenzionati la possibilità di aumentare il numero massimo di assistiti qualora, nell'ambito dei modelli organizzativi multi-professionali, dispongano, oltreché di personale di studio e infermieristico, anche di uno psicologo, con oneri a proprio carico. Con la conseguenza che non sarebbe contemplata una specifica figura professionale di psicologo di base, non presente neanche nelle altre realtà regionali.

1.4.1.- Un ulteriore profilo di contrasto con la legge statale si evincerebbe dal fatto che dalla disciplina regionale impugnata non si ricaverebbe se il titolo di laurea, indicato quale requisito di accesso agli elenchi regionali, debba essere riferito alla laurea magistrale ovvero a quella triennale oppure anche alla laurea prevista dal previgente ordinamento.

1.4.2.- Sussisterebbe altresì la violazione dell'art. 3 Cost., stante l'esigenza di garantire l'uniformità sul territorio regionale delle regole fondamentali che disciplinano i rapporti di cui si tratta.

2.- Si è costituita in giudizio la Regione Campania, chiedendo che il ricorso sia dichiarato non fondato.

3.- Con successiva memoria illustrativa depositata il 27 settembre 2021, la Regione Campania deduce, per la prima volta, le ragioni poste a sostegno della non fondatezza delle questioni sollevate.

3.1.- Al riguardo, la difesa regionale osserva che le norme censurate si porrebbero in perfetta armonia con l'intero contesto positivo vigente al livello nazionale: sia in quanto assolutamente compatibili con la misura prevista dall'art. 8, comma 1, lettera b-quinquies), del D.Lgs. n. 502 del 1992, sia in quanto attuative del quadro delineato sul piano nazionale dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 13 giugno 2006 (Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi) nonché dall'art. 20-bis del D.L. 28 ottobre 2020, n. 137 (Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, nella L. 18 dicembre 2020, n. 176.

3.1.1.- Segnatamente, attraverso la legge regionale impugnata, il servizio di psicologia di base sarebbe introdotto nell'ambito dello stesso Servizio sanitario regionale a supporto e in raccordo con i medici di base, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, incentivando la diffusione e l'operatività delle relative prestazioni professionali, come definite su scala statale.

3.1.2.- Prospetta, altresì, la Regione che l'organizzazione del servizio, a cura della legge regionale impugnata, sarebbe del tutto in linea con le modalità e gli strumenti di applicazione e di disciplina

dell'omologo servizio in ambito statale, ivi compresa la regolamentazione del rapporto tra il professionista e il Servizio sanitario regionale sub specie di convenzionamento.

3.2.- In ragione di tali premesse, la Regione esclude che l'intervento normativo denunciato rientri nella materia dell'ordinamento civile, poiché non sarebbe introdotta né modificata la fisionomia tipica di un istituto civilistico; piuttosto sarebbe prevista una disciplina sanitaria, attraverso l'istituzione e l'organizzazione di un nuovo servizio, operativo nel contesto di un rapporto di convenzionamento già esistente.

3.3.- Rileva, poi, che non sarebbe individuata una nuova professione sanitaria, ma sarebbe istituito un servizio nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale, al fine di soddisfare i bisogni di salute emergenti sul territorio della Regione, da parte di una figura già contemplata dall'ordinamento.

3.3.1.- La Regione precisa poi che il titolo di laurea, indicato come uno dei requisiti per l'iscrizione negli elenchi, si riferirebbe al titolo prescritto dalla legislazione nazionale per l'esercizio della professione di psicologo, come emergerebbe dalla previsione dell'ulteriore requisito dell'iscrizione nell'albo degli psicologi.

4.- Con memoria illustrativa depositata il 28 settembre 2021 il Presidente del Consiglio dei ministri ribadisce gli argomenti già svolti.

4.1.- In specie, espone che la stessa contrattazione collettiva nazionale in materia di personale sanitario a rapporto convenzionale sarebbe parte dell'ordinamento civile, in quanto si inserirebbe "nel peculiare sistema integrato delle fonti cui la legge statale pone un forte presidio per garantirne la necessaria uniformità sul territorio nazionale".

Motivi della decisione

1.- Il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha impugnato, con il ricorso indicato in epigrafe, gli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania 3 agosto 2020, n. 35, recante "Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle L.R. 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013-2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)", nella parte in cui affidano il neoistituito servizio di psicologia di base ad uno psicologo in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario regionale, mentre la normativa statale consente un rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale (SSN) unicamente per le figure del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

In particolare, l'art. 1 della predetta legge regionale prevede l'istituzione del servizio di psicologia di base, a sostegno dei bisogni assistenziali emersi a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, individuando le finalità del servizio stesso e stabilendo che esso sia svolto da psicologi liberi professionisti in rapporto convenzionale.

L'art. 2 disciplina i compiti attribuiti allo psicologo di base, al fine di garantire la riduzione del rischio di disagio psichico, la prevenzione dei disturbi psicologici e la promozione della salute.

L'art. 3 istituisce gli elenchi degli psicologi di base, individuando, al comma 2, i requisiti di iscrizione.

L'art. 4 regola l'organizzazione delle attività dei servizi di psicologia di base.

Ancora, l'art. 5 detta disposizioni sull'attività di verifica, monitoraggio e controllo della qualità dell'assistenza psicologica da parte dei competenti organi del Servizio sanitario regionale.

Infine, l'art. 6 prevede l'istituzione di un organismo indipendente con funzioni di osservatorio, che provvede al controllo, programmazione e indirizzo delle attività svolte dallo psicologo di base.

Le disposizioni regionali impugnate, nell'istituire nuovi rapporti di lavoro in convenzione con il SSN, in assenza di una previsione statale, violerebbero la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera I), della Costituzione, in relazione all'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421).

Sarebbe altresì lesa l'art. 3 Cost., in quanto il principio di uguaglianza imporrebbbe di garantire l'uniformità sul territorio nazionale delle regole fondamentali che disciplinano i rapporti in questione, volte ad assicurare la massima efficienza e funzionalità operativa al SSN per la tutela della salute collettiva.

In via subordinata, il Presidente del Consiglio dei ministri lamenta che la legge regionale censurata, dettando disposizioni nella materia concorrente delle professioni, violerebbe l'art. 117, terzo comma, Cost., in relazione all'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992. E tanto perché, nel contemplare la figura dello psicologo di base, il legislatore regionale creerebbe una nuova professione, non prevista dallo stesso decreto legislativo, nei rapporti convenzionati con il SSN.

L'art. 8, comma 1, lettera b-quinquies), del D.Lgs. n. 502 del 1992 si limita a riconoscere ai medici convenzionati la possibilità di aumentare il numero massimo di assistiti qualora, nell'ambito dei modelli

organizzativi multi-professionali, dispongano, oltreché di personale di studio e infermieristico, anche di uno psicologo, con oneri a proprio carico. Con la conseguenza che non sarebbe regolata una specifica figura professionale di psicologo di base.

Inoltre, dalla disciplina regionale impugnata non si ricaverebbe se il titolo di laurea, indicato quale requisito di accesso agli elenchi regionali, debba essere riferito alla laurea magistrale ovvero a quella triennale oppure ancora alla laurea prevista dal previgente ordinamento.

Sarebbe, inoltre, violato l'art. 3 Cost. per le medesime ragioni poste a fondamento della stessa censura sollevata in via principale.

2.- La Regione Campania, tempestivamente costituita, deduce le ragioni della non fondatezza delle questioni sollevate nella successiva memoria illustrativa, in cui rappresenta che il rapporto in convenzione con il servizio di psicologia di base sarebbe conforme ai precetti della legge statale e non comporterebbe la creazione di una nuova figura professionale. In questa prospettiva, la L.R. Campania n. 35 del 2020 si limiterebbe a istituire e organizzare un nuovo servizio, operativo nel contesto di un rapporto di convenzionamento già esistente, senza mutare la disciplina di alcun istituto civilistico.

Sicché non vi sarebbe alcuna invasione della competenza esclusiva del legislatore statale in materia di ordinamento civile, né sarebbero violati i principi fondamentali nella materia legislativa concorrente delle professioni.

Sul punto, la Regione specifica che la dislocazione territoriale del servizio non è contemplata presso gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ma nell'ambito dei distretti sanitari di ciascuna azienda sanitaria locale, sebbene gli psicologi delle cure primarie operino in raccordo e in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, sostenendone e integrandone l'azione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini campani.

3.- In via preliminare, occorre delineare la collocazione sistematica del rapporto di convenzionamento presso il servizio sanitario, anche alla luce dei più recenti interventi normativi.

3.1.- L'art. 25, comma 3, della L. 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) stabilisce che "l'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino" e il comma 4 stabilisce che tra questi debba avvenire la scelta del "medico di fiducia". Assume così rilievo la figura del "medico convenzionato" di cui si occupa specificamente il successivo art. 48, comma 1, il quale demanda la disciplina dei rapporti convenzionali, a fini di uniformità di trattamento economico e normativo su tutto il territorio nazionale, ad accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le Regioni, l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria, resi operativi con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri.

Sulla base di tali convenzioni nazionali possono altresì instaurarsi rapporti tra aziende sanitarie e medici specialisti liberi professionisti, al fine di assicurare agli utenti del servizio sanitario le prestazioni mediche indicate nell'art. 25.

Quanto alla natura del "rapporto convenzionale", la giurisprudenza della Corte di legittimità è ormai concorde nel ritenere che si tratti di un rapporto il quale, pur se costituito in vista dello scopo di soddisfare le finalità istituzionali del SSN, atte a tutelare la salute pubblica, ossia per un interesse pubblico, e pur implicando una continua verifica di idoneità della prestazione sanitaria che il soggetto convenzionato è tenuto a fornire, "integra un rapporto d'opera professionale di natura privatistica ... concretantesi nella prestazione di un'opera continuativa e coordinata prevalentemente personale, riconducibile allo schema della parasubordinazione (art. 409, n. 3 c.p.c.)". Ne consegue che le posizioni soggettive maturate nell'ambito di tale rapporto sono di diritto soggettivo e, quindi, non suscettibili di affievolimento per determinazione unilaterale della pubblica amministrazione, cosicché le relative controversie spettano al giudice ordinario (Corte di cassazione, sezioni unite civili, sentenze 22 novembre 1999, n. 813 e 8 agosto 2001, n. 10960).

Il concetto di parasubordinazione evidenzia, dunque, una compresenza di aspetti pubblici e privati: se, da un lato, il rapporto convenzionale esula dal rapporto di impiego (pubblico), proprio dei medici dipendenti - che il legislatore del 1978, del resto, ha voluto espressamente tenere distinto, dettando la relativa disciplina all'art. 47 -, dall'altro, l'amministrazione mantiene compiti di direttiva e di controllo, onde assicurare che l'attività medico-professionale esercitata da soggetti privati, non inseriti nell'ambito organizzativo del SSN, venga esercitata nel pieno rispetto, e per l'effettivo soddisfacimento, dell'interesse pubblico alla salvaguardia della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, come espresso dall'art. 1, comma 3, della legge di riforma del 1978.

Sulla base di - ed in conformità con - questi criteri deve essere poi stipulata la convenzione, che il legislatore ha considerato lo strumento più idoneo mediante il quale realizzare la collaborazione tra pubblico e privato, ovvero il collegamento tra attività libero-professionale e cura dell'interesse generale.

L'assetto dei rapporti tra strutture sanitarie pubbliche e private è mutato in seguito all'attuazione della delega conferita al Governo, per la razionalizzazione e la revisione della disciplina in materia sanitaria, con la L. 23 ottobre 1992, n. 421 (Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale). La delega è stata attuata con il D.Lgs. n. 502 del 1992.

3.2.- L'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992, con le successive modifiche, anzitutto prevede esclusivamente con riguardo all'assistenza medico-generica e pediatrica di base che essa continui ad essere assicurata da medici convenzionati, retribuiti con un compenso capitario per assistito. Per il resto, ai cittadini viene assicurata l'erogazione di prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere, secondo gli indirizzi della programmazione, attraverso strutture e presidi pubblici nonché operatori e strutture privati, con i quali l'unione sanitari italiani intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

L'accesso alle convenzioni è consentito ai medici forniti dei requisiti prescritti, e spetta agli accordi collettivi disciplinarne le modalità e determinare - con il concorso anche delle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi - le prestazioni da garantire in base ad un compenso capitario per assistito, nonché quelle da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse. In questo disegno, volto a garantire maggiore qualità e migliore organizzazione dell'attività professionale, si inseriscono altresì quelle disposizioni, di carattere particolarmente innovativo, dirette a rafforzare il ruolo del medico convenzionato.

Nell'ambito del SSN i medici generici o di medicina generale e i pediatri di libera scelta costituiscono figure imprescindibili in ogni distretto sanitario e sono, accanto ai medici di guardia ed ai pronto soccorso, il primo, più diretto e basilare punto di riferimento per i cittadini che necessitano di assistenza medica.

3.3.- Il sistema delle cure primarie è stato ulteriormente riordinato con il D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189. Oltre a riformare lo status dei medici di medicina generale, il citato decreto-legge si sofferma sui modelli organizzativi per lo svolgimento dell'assistenza territoriale.

Quanto al primo profilo, l'art. 1, comma 3, del D.L. n. 158 del 2012, come convertito, istituisce il ruolo unico per i medici di medicina generale, riunendo in un'unica figura professionale il medico di base e il medico di guardia, ai quali sono affiancati i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali. La modifica è propedeutica alla realizzazione dell'assistenza continuativa su tutto il territorio.

Per quanto riguarda l'altro aspetto innanzi menzionato, l'art. 1, comma 1, del D.L. n. 158 del 2012 riordina le attività dei soggetti convenzionati citati, richiedendo che esse siano svolte nell'ambito di strutture organizzative monoprofessionali e multiprofessionali. Le prime sono aggregazioni funzionali territoriali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le seconde costituiscono unità complesse di cure primarie, all'interno delle quali si realizzano "il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, della professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria".

3.4.- A questa logica risponde, da ultimo, l'intervento, di cui all'art. 12, comma 6, lettera a), del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella L. 25 giugno 2019, n. 60, che ha modificato l'art. 8, comma 1, lettera b-quinquies), del D.Lgs. n. 502 del 1992, prevedendo che le convenzioni che disciplinano il rapporto tra il SSN, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta regolano 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".

Le soluzioni proposte e l'impostazione organizzativa prescelta rispondono all'esigenza di ridimensionare le prestazioni offerte dalle strutture ospedaliere in riferimento ad alcune emergenze di minore entità. In questa ottica si incentivano interventi atti a favorire la medicina territoriale e di comunità e la "de-ospedalizzazione".

4.- Così delineato il quadro normativo in materia, può passarsi all'esame delle questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania n. 35 del 2020, promosse in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera I), Cost.

Le questioni non sono fondate.

L'analisi della trama normativa dell'istituito servizio di psicologia di base consente di escludere che la relativa disciplina interferisca con la materia dell'ordinamento civile, non essendo stato regolato alcun istituto di matrice civilistica.

La disciplina regionale impugnata è piuttosto riconducibile alla competenza concorrente nella materia della tutela della salute, in quanto costituisce un riflesso del sistema organizzativo e funzionale adottato dalla Regione per adempiere alle esigenze del SSN, e segnatamente per rendere possibile, a seguito dell'emergenza da COVID-19, il supporto e il raccordo tra medici di medicina generale - o pediatri di libera scelta - e psicologi.

L'art. 8, comma 1, lettera b-quinquies), del D.Lgs. n. 502 del 1992, modificato dall'art. 12, comma 6, lettera a), del D.L. n. 35 del 2019, come convertito - norma, quest'ultima, espressamente richiamata dall'art. 1 della L.R. Campania n. 35 del 2020 -, prevede la possibilità che i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta aderiscano ai modelli organizzativi multi-professionali, nei quali sia presente, tra l'altro, anche la figura dello psicologo.

A fronte di questo dato, la particolarità che connota la legge regionale impugnata si sostanzia nella circostanza che, con riferimento al territorio campano, la struttura della psicologia di base opera presso i distretti del Servizio sanitario regionale e non si radica nell'organizzazione interna dei medici di base, pur essendo espressamente contemplata la collaborazione - evidentemente esterna - con questi ultimi.

La normativa contestata risponde all'obiettivo perseguito dall'art. 20-bis del D.L. 28 ottobre 2020, n. 137 (Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, nella L. 18 dicembre 2020, n. 176, secondo cui, "al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell'applicazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale".

4.1.- Pertanto, la regolamentazione di tale disciplina non presenta alcun collegamento con la materia dell'ordinamento civile, posto che essa non definisce diritti e obblighi di un rapporto di lavoro già sorto, ma si colloca in una fase organizzativa, antecedente allo stesso (sentenze n. 36 del 2021, n. 77 del 2020 e n. 20 del 2020).

Le disposizioni interessate dall'impugnazione non regolano, infatti, il rapporto convenzionato né il correlato rapporto di lavoro parasubordinato.

Esse istituiscono il servizio di psicologia di base, disciplinano i compiti attribuiti agli psicologi di base, ne prevedono gli elenchi, individuando i requisiti di iscrizione, dettano l'organizzazione delle attività dei servizi di psicologia di base e di verifica, monitoraggio e controllo della qualità dell'assistenza psicologica, e creano un organismo indipendente con funzioni di osservatorio: tutto ciò nella cornice di un convenzionamento non espressamente regolato dalla legge regionale.

La normativa in esame non interviene sullo strumento di regolamentazione del trattamento economico degli psicologi di base in rapporto convenzionato, affidata alla contrattazione collettiva, e non si sostituisce alla negoziazione fra le parti, che rappresenta la fonte di disciplina del rapporto di lavoro (sentenze n. 20 del 2021 e n. 53 del 2020).

Ed, infatti, è l'accordo collettivo nazionale a disciplinare, oltre ai rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, anche quelli con altre professionalità sanitarie ambulatoriali e segnatamente con biologi, chimici e psicologi (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie - biologi, chimici, psicologi - ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni - triennio 2016-2018).

Sulla scorta di tali considerazioni deve escludersi che la L.R. Campania n. 35 del 2020 disciplini il rapporto di lavoro con la neoistituita figura dello psicologo di base.

Le norme impugnate, facendo inequivoco rinvio alla disciplina statale vigente in materia, non regolamentano istituti tipici riconducibili alla materia dell'ordinamento civile, limitandosi ad istituire un nuovo servizio sociale regionale (sentenza n. 147 del 2018).

4.2.- In base ai rilievi che precedono non sono fondate neanche le doglianze sollevate in ordine alla violazione dell'art. 3 Cost.

Al riguardo, il vulnus al principio di uguaglianza non può essere desunto apoditticamente dalla valorizzazione dell'esigenza di garantire l'uniformità sul territorio nazionale della disciplina del servizio di

psicologia di base.

La potestà legislativa regionale concorrente nella materia della salute consente infatti alla Regione di dettagliare in modo autonomo i relativi istituti compatibilmente con i principi fondamentali stabiliti dalla legislazione dello Stato (sentenze n. 87 del 2019, n. 190 del 2017 e n. 181 del 2006). E nella fattispecie l'istituzione del servizio di psicologia di base presso le articolazioni territoriali del Servizio sanitario regionale non si pone in antitesi con la disciplina statale che incentiva il ricorso alle professionalità dello psicologo nell'odierna crisi pandemica.

5.- Del pari non fondato è il motivo subordinato di censura relativo alla violazione, ad opera dei medesimi artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania n. 35 del 2020, dell'art. 117, terzo comma, Cost., in relazione all'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992.

Non è infatti incisa la materia, di competenza concorrente, delle professioni, in quanto la figura dello psicologo di base, a sostegno - ovvero in affiancamento e collaborazione esterna - dell'operato del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, è riconducibile alla professione già contemplata dalla legge statale dello psicologo (sentenze n. 88 del 2021, n. 209 del 2020 e n. 172 del 2018).

5.1.- Per orientamento costante della giurisprudenza costituzionale, la potestà legislativa regionale in tale materia deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale.

Tale principio si configura quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale, da ciò derivando che non è nei poteri delle Regioni dar vita a nuove figure professionali (sentenze n. 98 del 2013, n. 77 del 2011 e n. 300 del 2007).

In adesione a queste linee direttive, la regolamentazione del servizio di psicologia di base, all'interno del Servizio sanitario regionale campano, non innova in ordine al riconoscimento statale della professione di psicologo, di cui, da ultimo, all'art. 9, comma 4, della L. 11 gennaio 2018, n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute).

E questa conclusione è corroborata dal fatto che l'art. 3, comma 2, lettera b), della legge regionale impugnata limita la possibilità di iscriversi agli elenchi provinciali ai soli iscritti nell'albo degli psicologi, professione già riconosciuta dall'ordinamento statale.

Anche il titolo di laurea, indicato come uno dei requisiti per l'iscrizione negli elenchi provinciali, richiama quello prescritto dalla legislazione nazionale per l'esercizio della professione di psicologo.

6.- In base ai rilievi che precedono non sono fondate neanche le doglianze sollevate in ordine alla violazione dell'art. 3 Cost., per le medesime considerazioni svolte al punto 4.2.

7.- Devono, conclusivamente, essere dichiarate non fondate tutte le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania n. 35 del 2020, promosse dal Presidente del Consiglio dei ministri, in ordine ai parametri evocati.

P.Q.M.

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della L.R. Campania 3 agosto 2020, n. 35, recante "Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle L.R. 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013-2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)", promosse, in riferimento agli artt. 117, commi secondo, lettera I), e terzo, in relazione all'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), e 3 della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri, con il ricorso indicato in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 20 ottobre 2021.
Depositata in Cancelleria il 13 dicembre 2021.

Legge regionale 15 novembre 2022, n. 39

Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base. (1)

(Bollettino Ufficiale n. 57, parte prima, del 18.11.2022)

INDICE

PREAMBOLO

Art. 1 Finalità ed istituzione della figura dello psicologo di base

Art. 2 Compiti dello psicologo di base

Art. 3 Elenchi degli psicologi di base

Art. 4 Organizzazione delle attività dei servizi di psicologia di base

Art. 5 Clausola valutativa

Art. 6 Norma finanziaria

Art. 7 Applicazione

PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

Visto l'articolo 117, commi terzo e quarto, della Costituzione;

Visto l'articolo 4, comma 1, lettera c), dello Statuto;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);

Considerato quanto segue:

1. Con l'espressione "Salute mentale", secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, si fa riferimento ad "uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive";

2. Da tempo viene riscontrata, anche in Toscana, una crescente domanda di presa in carico dei bisogni di ambito psicologico della popolazione, che si è ulteriormente evidenziata con la fase di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19;

3. In particolare, le limitazioni alle interazioni interpersonali imposte dall'emergenza sanitaria e il conseguente rigoroso e duraturo isolamento sociale si sono tradotti in un aumento del livello di solitudine percepita che ha colpito le diverse fasce della popolazione, compresi i giovani che si sono trovati, più di altri segmenti della società, ad abbandonare la loro quotidianità. Gli effetti della pandemia sono stati particolarmente pesanti sulle donne, sia a livello psicologico e lavorativo, sia rispetto all'aumento dei casi di violenze domestiche. Il quadro di sofferenza sociale e di stress dovuto all'aggravarsi delle condizioni economiche di molte famiglie è ricaduto soprattutto sulle donne ed è derivato dall'impegno contemporaneo di risposta alla propria attività lavorativa e alla cura della famiglia;

4. In tale contesto ed in continuità con i principi già espressi dal piano sanitario e sociale integrato regionale approvato dal Consiglio regionale con la deliberazione 9 ottobre 2019, n. 73, che individua, nell'ambito dei nuovi modelli di assistenza, la realizzazione di reti integrate di servizi e professionisti, si ritiene opportuno istituire il servizio di psicologia di base nella prospettiva di una presa in carico globale della persona e della sua salute, compresi gli aspetti psicologici;

5. Lo psicologo di base, in quest'ottica, opererà in stretta sinergia con il territorio e con la medicina di base al fine di offrire un adeguato supporto alle persone a rischio, come gli anziani, i bambini, gli adolescenti, attraverso la previsione di un primo livello di servizi di cure psicologiche accessibili a livello generalizzato;

6. Nell'immediato, al fine di dare una prima risposta ai bisogni emersi a seguito dell'epidemia da COVID-19, viene previsto che il servizio di psicologia di base sia svolto da psicologi liberi professionisti in rapporto convenzionale tenuto conto dell'obiettivo di superare, in prospettiva, l'istituto della convenzione in favore di un'implementazione permanente

Tutela della salute

l.r. 39/2022

2

del servizio di assistenza psicologica fornito direttamente dal servizio sanitario regionale e sperimentando, da subito, la sua integrazione all'interno delle case della salute e di comunità come previsto anche dal regolamento adottato con decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale);

Approva la presente legge

Art. 1

Finalità ed istituzione della figura dello psicologo di base

1. La Regione Toscana, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute di cui all'articolo 117, comma terzo, della Costituzione, per garantire al singolo, alla coppia ed alla sua famiglia le prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), istituisce, a sostegno dei bisogni assistenziali emersi a seguito dell'epidemia da COVID-19, il servizio di psicologia di base ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b-quinquies), del medesimo d.lgs 502/1992.
2. Il servizio di psicologia di base ha la finalità di sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini.
3. Il servizio di psicologia di base è realizzato da ciascuna azienda unità sanitaria locale a livello di zona-distretto. Esso è svolto da psicologi liberi professionisti a rapporto convenzionale denominati di seguito "psicologi di base". La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina con regolamento la formazione degli elenchi di cui all'articolo 3 e la gestione degli incarichi convenzionali.
4. Il servizio di psicologia di base è finalizzato a:
 - a) intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure, sia per il pronto soccorso;
 - b) intercettare i bisogni di benessere psicologico che spesso rimangono inespressi dalla popolazione;
 - c) organizzare e gestire l'assistenza psicologica in modo decentrato;
 - d) intercettare e gestire le problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia da COVID-19.

Art. 2

Compiti dello psicologo di base

1. Lo psicologo di base svolge l'attività di assistenza psicologica primaria e opera in collaborazione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali.
2. L'attività dello psicologo di base è finalizzata a garantire il benessere psicologico nell'ambito della medicina di base fornendo, in rapporto con i contesti di vita degli utenti, delle famiglie e delle comunità di riferimento, un primo livello di assistenza psicologica integrato con gli altri servizi sanitari e funzionale ad assicurare una rapida presa in carico del paziente.
3. Allo psicologo di base, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo), competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute.
4. Lo psicologo di base assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un programma di sostegno psicologico avvalendosi anche delle strutture di secondo livello competenti sul problema individuato.
5. La richiesta di valutazione e consulenza psicologica è rivolta allo psicologo dal medico di base, dal medico di fiducia del paziente, dal pediatra di libera scelta o da altro specialista.

Art. 3

Elenchi degli psicologi di base

1. Per ciascuna azienda unità sanitaria locale è istituito un elenco degli psicologi delle cure primarie.
2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) laurea in psicologia;
 - b) iscrizione alla sezione A dell'albo degli psicologi;
 - c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del servizio sanitario nazionale o regionale;
 - d) specifiche competenze e titoli di cui all'articolo 4, comma 3.

Art. 4

Organizzazione delle attività dei servizi di psicologia di base

1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il direttore dell'unità operativa professionale di psicologia ha il compito di referente clinico e di coordinamento e programmazione per la psicologia di base, si interfaccia con la Regione Toscana per la valutazione delle attività, delle proposte di innovazione e sulla eventuale loro applicabilità, nonché per la programmazione inerente alla psicologia di base territoriale.
2. I costi dell'assistenza psicologica prestata dallo psicologo di base sono a carico del servizio sanitario regionale.
3. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale definisce con propria deliberazione:
 - a) le specifiche competenze e titoli dello psicologo di base;

-
- b) il fabbisogno ottimale di erogazione delle prestazioni da parte degli psicologi di base per ciascuna zona-distretto;
 - c) le eventuali modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti.

*Art. 5
Clausola valutativa*

- 1. Il Consiglio regionale esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e ne valuta i risultati ai sensi degli articoli 19 e 45 dello Statuto.
- 2. Ai fini di cui al comma 1, entro il 30 novembre 2024, e successivamente ogni due anni, la Giunta regionale trasmette alla commissione consiliare competente una relazione sui servizi di assistenza psicologica di base. La relazione contiene, in particolare, i seguenti dati ed informazioni:
 - a) distribuzione territoriale dei servizi di psicologia di base attivati in ciascuna azienda unità sanitaria locale e numero di psicologi impegnati in tali servizi;
 - b) numero di richieste di consulenza psicologica di base effettuate e numero di utenti presi in carico, distinti per classe di età;
 - c) descrizione delle modalità organizzative dei servizi attivati con particolare riferimento al raccordo con la medicina generale e la pediatria di libera scelta;
 - d) eventuali criticità riscontrate nell'attuazione della legge ed indicazione di possibili azioni per superarle.
- 3. La commissione consiliare competente utilizza gli elementi conoscitivi ottenuti anche al fine di valutare, sentiti i soggetti coinvolti nelle attività di cui alla presente legge, l'implementazione dei servizi di assistenza psicologica di base nel territorio regionale.

*Art. 6
Norma finanziaria*

- 1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari ad euro 350.000,00 per ciascuno degli anni 2023 e 2024, si fa fronte con le risorse già attribuite alle aziende unità sanitarie locali per il servizio sanitario regionale e si provvede con le somme iscritte nella Missione 13 "Tutela della salute", Programma 01 "Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione finanziario per il triennio 2022 – 2024.
- 2. Agli oneri per gli esercizi successivi si fa fronte con legge di bilancio.

*Art. 7
Applicazione*

- 1. La presente legge si applica a far data dall'anno 2023 e, in ogni caso, a seguito dell'entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 1, comma 3, e dell'approvazione della deliberazione di cui all'articolo 4, comma 3.

Note

- 1. Regolamento regionale 12 marzo 2024, n. 9/R.

Tutela della salute

d.p.g.r. 9/R/2024

1

Decreto del Presidente della Giunta regionale 12 marzo 2024, n. 9/R

Regolamento di attuazione della legge regionale 15 novembre 2022, n. 39 (Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base).

(Bollettino Ufficiale n. 13, parte prima, del 13.03.2024)

Il PRESIDENTE DELLA GIUNTA
EMANA
il seguente regolamento

PREAMBOLO

Visto l'articolo 117, comma sesto, della Costituzione;

Visto l'articolo 4, comma 1, lettera c), dello Statuto;

Vista la legge regionale 15 novembre 2022, n. 39 (Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base);

Visto il parere del comitato di direzione espresso nella seduta del 14 dicembre 2023;

Visto il parere della competente struttura di cui all'articolo 17, comma 4 del regolamento interno della Giunta regionale 31 gennaio 2022, n. 6;

Vista la preliminare deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2024, n. 43, con la quale viene approvata la proposta di regolamento di attuazione della l.r. 39/2022;

Visto il parere favorevole della III Commissione consiliare, espresso nella seduta del 20 febbraio 2024;

Visto l'ulteriore parere della competente struttura di cui all'articolo 17, comma 4, del regolamento interno della Giunta regionale del 31 gennaio 2022, n. 6;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 4 marzo 2024, n. 240;

Considerato quanto segue:

1. è necessario dare attuazione alla legge regionale 15 novembre 2022, n. 39 (Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base), che all'articolo 1, comma 3, demanda ad un regolamento della Giunta regionale la formazione degli elenchi degli psicologi di base e la gestione degli incarichi convenzionali;

2. il presente regolamento disciplina, in particolare, l'istituzione degli elenchi degli psicologi di base, definendo le modalità di iscrizione, di gestione e di cancellazione dagli stessi;

3. al fine di consentire una rapida attivazione degli interventi previsti dal presente regolamento è necessario disporre la sua entrata in vigore il giorno successivo a quello di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana;

Si approva il presente regolamento:

Art. 1 Oggetto e finalità

1. Il presente regolamento, in attuazione della legge regionale 15 novembre 2022, n. 39 (Disposizioni in materia di istituzione del servizio di psicologia di base), disciplina:
 - a) la formazione degli elenchi degli psicologi di base;
 - b) la gestione degli incarichi convenzionali.
2. Il presente regolamento promuove lo sviluppo omogeneo del servizio di psicologia di base sul territorio regionale al fine di garantire equità di accesso alle cure psicologiche ed appropriatezza della presa in carico.
3. Il servizio di psicologia di base è presente nella zona distretto, dipende dal dipartimento di salute mentale delle aziende unità sanitarie locali ed è afferente alla unità operativa di psicologia.
4. Il servizio di psicologia di base è svolto da psicologi liberi professionisti in rapporto convenzionale.

Art. 2

Elenchi degli psicologi di base

1. È istituito presso ciascuna azienda unità sanitaria locale l'elenco degli psicologi di base.
2. Ai sensi dell'articolo 3 della l.r. 39/2022 possono iscriversi negli elenchi i professionisti in possesso alla data di presentazione dell'istanza dei seguenti requisiti:
 - a) diploma di laurea magistrale in psicologia, classe LM-51, o laurea specialistica in psicologia, classe 58/S, di cui al decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270 (Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con D.M. 3 novembre 1999, n. 509 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica);
 - b) iscrizione alla sezione A dell'albo degli psicologi;
 - c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del servizio sanitario nazionale o regionale;
 - d) specifiche competenze e titoli, definiti con specifica deliberazione della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 3 della l.r. 39/2022

*Art. 3**Procedure per l'iscrizione negli elenchi degli psicologi di base*

1. Previa indizione di avviso pubblico da parte della azienda unità sanitaria locale territorialmente competente, le istanze di iscrizione negli elenchi degli psicologi di base e la documentazione comprovante il possesso dei requisiti di cui all'articolo 2 sono presentate, esclusivamente in via informatica e digitale, nelle forme previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale).
2. Il possesso dei requisiti di cui all'articolo 2 è documentato:
 - a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'articolo 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) per i titoli accademici e di studio;
 - b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000, per i titoli di servizio prestato presso una amministrazione pubblica o un gestore di pubblico servizio;
3. I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
4. La azienda unità sanitaria locale competente, previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti dalla legge regionale e dal presente regolamento, entro trenta giorni dalla data di ricezione dell'istanza adotta il provvedimento di iscrizione oppure comunica all'interessato il provvedimento di diniego.
5. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri, fatta salva ogni responsabilità, a termini di legge.
6. L'elenco e i relativi documenti sono pubblici ed è diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia.
7. La modulistica per la presentazione dell'istanza ed ogni altra indicazione tecnica sono definite con atti dirigenziali delle singole aziende unità sanitarie locali e sono pubblicate in evidenza sul portale istituzionale delle stesse, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento.

*Art. 4**Gestione dell'elenco e degli incarichi convenzionali*

1. Le singole aziende unità sanitarie locali aggiornano l'elenco con cadenza biennale nel rispetto degli istituti contrattuali nazionali e regionali per il personale convenzionato e provvedono d'ufficio alla revisione periodica dell'elenco degli psicologi iscritti al fine della verifica della permanenza dei requisiti previsti per l'iscrizione.
2. Sono espunti dall'elenco, con provvedimento espresso del dirigente competente, i professionisti che:
 - a) presentano espressa richiesta di cancellazione;
 - b) perdono i requisiti per l'iscrizione.
3. L'avvio del procedimento di cancellazione, se non avviene ad istanza di parte, è comunicato agli interessati ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). Il termine per la conclusione del procedimento è di sessanta giorni.
4. Le singole aziende unità sanitarie locali, in conformità agli indirizzi impartiti con deliberazione della Giunta regionale, provvedono a disciplinare il rapporto convenzionale con gli psicologi di base, fermo restando la possibilità di ricorrere ai modelli contrattuali per l'attuazione di progetti finalizzati di cui all'articolo 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), nel rispetto dei limiti di spesa del personale previsti dalla normativa vigente.

*Art. 5**Monitoraggio e valutazione del servizio di psicologia di base*

1. Le attività di monitoraggio e valutazione del servizio di psicologia di base sono comprese nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie della Regione Toscana, inclusi gli strumenti di misurazione della qualità dell'assistenza PREMS (Patient-Reported Experience Measures) e PROMS (Patient-Reported Outcome Measures).

*Art. 6**Entrata in vigore*

1. Il presente regolamento regionale entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione

Tutela della salute

d.p.g.r. 9/R/2024

3

Toscana.

L.R. 8 ottobre 2022, n. 28**Istituzione del servizio di psicologia di base ed ulteriori disposizioni.**

(Approvata dal Consiglio regionale con [verbale n. 73/02 del 27 settembre 2022](#), pubblicata nel BURA 12 ottobre 2022, n. 142 Speciale ed entrata in vigore il 13 ottobre 2022)

Testo vigente

(in vigore dal 19/09/2024)

CAPO I
(Istituzione del servizio di psicologia di base)

Art. 1

(Finalita' ed istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie)

1. La Regione Abruzzo, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute di cui all'[articolo 117](#), terzo comma della Costituzione, in coerenza con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e il [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'[articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)), istituisce, a sostegno dei bisogni assistenziali emersi a seguito della pandemia da Covid 19, il servizio di Psicologia di base, ai sensi dell'[articolo 12 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35](#) (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2019, n. 60](#).
2. Il servizio di Psicologia di base ha la finalita' di sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini abruzzesi.
3. Il servizio di Psicologia di base e' realizzato da ciascuna Azienda sanitaria locale (ASL) a livello dei distretti sanitari di base. Esso e' svolto da psicologi liberi professionisti a rapporto convenzionale, denominati di seguito Psicologi di base.
4. Il servizio di Psicologia di base e' finalizzato a:
 - a) intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;
 - b) intercettare i bisogni di benessere psicologico inespressi dalla popolazione;
 - c) organizzare e gestire l'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura;
 - d) realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari piu' generali;
 - e) intercettare e gestire le problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia da Covid 19.

Art. 2

(Compiti dello Psicologo di base)

1. Lo Psicologo di base e' inserito nel distretto sociosanitario per l'attivita' di assistenza psicologica primaria e opera in collaborazione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali.
2. La richiesta di assistenza psicologica e' inoltrata dai medici di cui al comma 1 allo psicologo di base territorialmente competente.
3. Lo Psicologo di base assume in carico tempestivamente la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica e di un programma di supporto psicologico.
4. Lo Psicologo di base garantisce il benessere psicologico nell'ambito della medicina di base ed opera in rapporto con i distretti sanitari e le loro articolazioni funzionali. La sua azione e' vicina alle realta' di vita degli utenti, alle famiglie ed alla comunità, fornisce un primo livello di assistenza psicologica, di qualita', accessibile, efficace e integrato con gli altri servizi sanitari.
5. Allo Psicologo di base, in sintonia con le funzioni di cui alla [legge 18 febbraio 1989, n. 56](#) (Ordinamento della professione di psicologo), competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute. Lo Psicologo di base opera prioritariamente nelle seguenti aree:
 - a) problemi legati all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica);
 - b) sintomatologia ansioso-depressiva;
 - c) problemi legati a fasi del ciclo di vita;
 - d) disagi emotivi transitori ed eventi stressanti;
 - e) sostegno psicologico alla diagnosi infondata e alla cronicita' o recidivita' di malattia;
 - f) scarsa aderenza alla cura;
 - g) richiesta impropria di prestazioni sanitarie;
 - h) problematiche psicosomatiche;
 - i) supporto al team dei professionisti sanitari.

Art. 3

(Elenchi degli Psicologi di base)

1. Presso ciascuna ASL e' istituito l'elenco degli Psicologi delle cure primarie.
2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) laurea in psicologia;
 - b) iscrizione all'Albo degli psicologi;
 - c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del Servizio sanitario nazionale o regionale;
 - [d) frequenza almeno biennale presso una Scuola o Istituto di specializzazione in Psicoterapia riconosciuto dal Ministero dell'Universita' e della Ricerca.]
3. Ciascuna ASL si occupa della tenuta dell'elenco di cui al comma 1 e della gestione degli incarichi convenzionali, sulla base di apposito atto d'indirizzo della Giunta regionale, da emanare entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.
4. Per gli iscritti negli elenchi possono essere previsti corsi di formazione specifici nelle aree di cui all'articolo 2, comma 5, su indicazione dell'Osservatorio Permanente regionale di cui all'articolo 6.

Note all'art. 3:Articolo modificato dall'[art. 17, comma 1, lettere a\) e b\)](#), L.R. 14 febbraio 2024, n. 7. Vedi il [testo originale](#).

Art. 4

(Organizzazione delle attivita' dei servizi di Psicologia di base)

1. I servizi di Psicologia di base interagiscono con i Comuni, in forma singola od associata, e gli Ambiti Territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari della Regione.
2. In ciascun distretto sanitario di base, le attivita' psicologiche delle cure primarie sono erogate da almeno uno Psicologo di base in sinergia con le strutture del distretto sanitario di appartenenza.
3. In ciascuna ASL il direttore dell'UO complessa di Psicologia clinica, se esistente, o il dirigente psicologo che opera nel distretto sanitario di base, ha il compito di referente clinico e di coordinamento e programmazione per la psicologia di base e si interfaccia con la Regione per la valutazione delle attivita', delle proposte di innovazione e sulla eventuale loro applicabilita', e per la programmazione inerente alla psicologia di base territoriale, assicurando il raccordo con i servizi sociali erogati all'interno del medesimo distretto.
4. Se previsto, attraverso un accordo tra ASL ed enti locali, lo Psicologo di base puo' operare logisticamente anche all'interno di locali forniti dall'ente locale medesimo e tale configurazione puo' riguardare in particolare aree specifiche del territorio regionale.
5. I costi dell'assistenza psicologica prestata dallo Psicologo di base territoriale sono a carico del Servizio sanitario regionale e sono eventualmente integrati con le risorse dei Piani di zona. La prestazione e' soggetta al pagamento di un ticket da parte del paziente, la cui esigibilita' ed il cui importo sono stabiliti dalla Giunta regionale.

Art. 5

(Verifica, monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica)

1. La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualita' dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1 sono effettuati dell'Osservatorio Permanente regionale di cui all'articolo 6.
2. Per le finalita' previste al comma 1, gli Psicologi di base trasmettono una relazione annuale sull'attivita' di assistenza psicologica prestata al dirigente psicologo aziendale previsto all'articolo 4, comma 3, che provvede all'invio all'Osservatorio Permanente.
3. L'Osservatorio Permanente regionale esamina le relazioni presentate ai sensi del comma 2 per verificare, controllare e valutare l'attivita' di assistenza psicologica.

Note all'art. 5:Articolo modificato dall'[art. 17, comma 2, lettere a\) b\) e c\)](#), L.R. 14 febbraio 2024, n. 7. Vedi il [testo originale](#).

Art. 6

(Osservatorio Permanente regionale)

1. La Regione istituisce un Osservatorio Permanente regionale composto da: un dirigente psicologo per ciascuna ASL, un rappresentante dell'Ordine degli psicologi dell'Abruzzo, un docente universitario ordinario di psicologia clinica, il direttore o un dirigente del Dipartimento regionale competente in materia di tutela della salute, un rappresentante di

- una societa' scientifica di psicologia accreditata presso il Ministero della Salute, un rappresentante di un'organizzazione sindacale rappresentativa della categoria, un rappresentante dei medici di medicina generale e uno dei pediatri di libera scelta.
2. L'Osservatorio Permanente di cui al comma 1 svolge un'azione di controllo, proposta ed indirizzo sulle attivita' prestate dallo Psicologo di base, anche in funzione dei bisogni di salute emergenti nel territorio regionale.
 3. La Giunta regionale disciplina le modalita' organizzative e individua le strutture della Regione che collaborano all'esercizio della funzione dell'Osservatorio Permanente regionale.
 4. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio Permanente tecnico non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza e rimborsi spese.

Note all'art. 6:

La rubrica e il presente articolo sono stati modificati dall'[art. 17, comma 3, L.R. 14 febbraio 2024, n. 7](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 7
(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, a partire dal primo anno successivo all'approvazione della presente legge, sulla base dei dati raccolti, rende conto al Consiglio regionale dell'attuazione della stessa.
2. Per le finalita' di cui al comma 1, la struttura tecnica regionale competente presenta, entro il 31 dicembre di ogni anno, alla Commissione consiliare di riferimento e al Comitato per la Legislazione una relazione dalla quale emergano le seguenti informazioni:
 - a) andamento delle richieste di prestazioni per analisi, esami strumentali e visite specialistiche, divise per ASL di appartenenza;
 - b) andamento delle prescrizioni farmaceutiche e di procedure diagnostiche per Asl di appartenenza;
 - c) esiti dell'attivita' di monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica di cui all'articolo 5.
3. La relazione di cui al comma 2 e' resa pubblica unitamente agli eventuali documenti che ne effettuano l'esame.

Art. 8
(Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente Capo, stimati in euro 100.000,00 per ciascuna annualita' del triennio 2024-2026, si fa fronte con le risorse di nuovo e apposito stanziamento denominato "Spese per servizio di psicologia di base", iscritto nell'ambito di Missione 13, Programma 07, Titolo 1 della parte Spesa del Bilancio di Previsione 2024-2026.
2. Ai fini della copertura della spesa di cui al comma 1, pari ad euro 100.000,00, al bilancio di previsione 2024-2026, sono apportate le seguenti variazioni:
 - a) esercizio 2024, in termini di competenza e cassa:
 - 1) in aumento parte spesa: Missione 13, Programma 07, Titolo 1, capitolo di nuova istituzione denominato "Spese per Servizio di psicologia di base", per euro 100.000,00;
 - 2) in diminuzione parte spesa: Missione 01, Programma 04, Titolo 1, per euro 100.000,00;
 - b) esercizio 2025, in termini di sola competenza:
 - 1) in aumento parte spesa: Missione 13, Programma 07, Titolo 1, capitolo di nuova istituzione denominato "Spese per Servizio di psicologia di base", per euro 100.000,00;
 - 2) in diminuzione parte spesa: Missione 01, Programma 04, Titolo 1, per euro 100.000,00;
 - c) esercizio 2026, in termini di sola competenza:
 - 1) in aumento parte spesa: Missione 13, Programma 07, Titolo 1, capitolo di nuova istituzione denominato "Spese per Servizio di psicologia di base", per euro 100.000,00;
 - 2) in diminuzione parte spesa: Missione 01, Programma 04, Titolo 1, per euro 100.000,00.
3. Per le annualita' successive al 2026 si provvede mediante la legge di bilancio.

Note all'art. 8:

Articolo modificato dall'[art. 9, comma 1, L.R. 27 dicembre 2022, n. 37](#), poi interamente sostituito dall'[art. 11, L.R. 17 settembre 2024, n. 15](#). Vedi il [testo originale](#).

CAPO II
(Ulteriori disposizioni)

Art. 9
(Integrazione all'art. 2 della l.r. 87/1987)

1. All'articolo 2 della [legge regionale 11 dicembre 1987, n. 87](#) (Costituzione della FI.R.A. S.p.A. (Finanziaria regionale abruzzese) per lo sviluppo dell'economia abruzzese), come modificato dall'[articolo 6](#), comma 2, della [legge regionale 22 agosto 2022, n. 22](#) (Modifiche legislative per la conclusione del procedimento di fusione per incorporazione della Societa' Abruzzo Sviluppo nella Societa' Fi.R.A. e disposizioni in materia di societa' in house della Regione), dopo il comma 4-bis, e' aggiunto il seguente:

"4-ter. Per il solo esercizio 2022 FI.R.A. S.p.a. e' autorizzata a provvedere alla erogazione di risorse in favore delle Piccole e Medie Imprese operanti sul territorio regionale a titolo di contributi per il contenimento del caro energia, nei limiti dell'importo complessivo di euro 1.990.000,00 e cio' previa apposita deliberazione giuntale di individuazione dei criteri di assegnazione delle risorse de quibus e certificazione della relativa utilizzabilita', a mente delle vigenti disposizioni nazionali e comunitarie in materia, per le finalita' ipotizzate.".

Note all'art. 9:

Articolo interamente sostituito dall'[art. 13, comma 1, L.R. 13 dicembre 2022, n. 32](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 10
(Modifiche alla l.r. 86/1998)

1. Alla [legge regionale 16 settembre 1998, n. 86](#) (Ordinamento della professione di guida alpina-maestro di alpinismo, di aspirante guida alpina, di accompagnatore di media montagna-maestro di escursionismo) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) al comma 2 dell'articolo 2 le parole "di tessilfoca" sono sostituite dalla parola "scialpinistiche";
- b) al comma 7 dell'articolo 5 le parole da "Essi" a "professionale. " sono soppresse;
- c) il comma 1 dell'articolo 6 e' sostituito dal seguente:

"1. L'iscrizione nell'albo ha efficacia per tre anni ed e' conservata per pari periodo su presentazione del certificato di idoneita' psicofisica per la professione di guida alpina, rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale, unitamente all'ottenimento dei crediti formativi minimi di aggiornamento professionale, di cui al comma 2. In caso di comprovata impossibilita' ad acquisire i crediti formativi minimi, la guida alpina-maestro di alpinismo e l'aspirante guida alpina sono tenuti ad acquisirli nei primi corsi disponibili alla cessazione dell'impedimento. L'iscrizione in tal caso e' conservata per pari periodo ed e' sospesa dopo due anni. Gli istruttori nazionali per guide alpine possono utilizzare i crediti formativi riconosciuti con la frequenza di un corso tenuto dal collegio nazionale delle guide per il loro aggiornamento nel corrispondente periodo. Sono riconosciuti i crediti formativi acquisiti con la frequenza di corsi di specializzazione svolti dalle regioni, dalle province autonome e dal collegio nazionale.";

- d) il comma 2 dell'articolo 6 e' sostituito dal seguente:

"2. L'aspirante guida alpina, che superi nel periodo considerato l'esame di abilitazione per guide alpine-maestri di alpinismo, e' esonerato dall'obbligo di acquisizione dei crediti formativi minimi del triennio di riferimento.";

- e) l'articolo 14 e' sostituito dal seguente:

"Art. 14

(Comitato Tecnico)

1. La Giunta regionale nomina con propria deliberazione il Comitato Tecnico che, nell'articolazione per commissioni d'esame, ha il compito di:

- a) valutare le prove dimostrative attitudinali;
- b) valutare le prove d'esame finali dei corsi.

2. Quale organo consultivo, il Comitato Tecnico formula:

- a) proposte di programmi e contenuti didattici per le attivita' formative, per quelle di aggiornamento e di specializzazione;
- b) criteri di valutazione per le singole prove.

Nella formulazione dei programmi didattici e delle prove d'esame garantisce la compatibilita' con i criteri definiti in campo nazionale ed internazionale.

3. Il Comitato Tecnico, presieduto dal componente della Giunta preposto al Settore Formazione professionale o suo delegato, e' composto da:

- a) due dipendenti regionali del Dipartimento regionale competente, di cui uno effettivo ed uno supplente, di categoria D, esperti di norme amministrative che regolano l'attivita' della guida alpina, su designazione del dirigente del Servizio competente;
- b) due dipendenti regionali del Servizio Sport e Turismo, di cui uno effettivo ed uno supplente, di categoria D, esperti di organizzazione e legislazione turistica, su designazione del dirigente del Servizio;
- c) quattro guide alpine-maestri di alpinismo di cui due effettivi e due supplenti, di cui almeno due istruttori

guida alpina, designati dal collegio regionale guide alpine;

d) due rappresentanti del collegio regionale delle guide alpine-maestri di alpinismo, di cui uno effettivo ed uno supplente, su designazione dello stesso;

e) due accompagnatori di media montagna-maestri di escursionismo iscritti nell'elenco speciale, di cui uno effettivo ed uno supplente, designati dal collegio regionale guide alpine.4. Svolge le funzioni di segreteria del Comitato un dipendente del Dipartimento regionale competente.

5. Il Comitato dura in carica un quinquennio, comunque sino al suo rinnovo ed i suoi componenti possono essere riconfermati.

6. Il Comitato Tecnico puo' suddividersi in gruppi di lavoro tematico, a garanzia di una maggiore funzionalita' e snellezza nelle procedure. E' validamente costituito quando e' presente, oltre al componente la Giunta regionale o suo delegato, la maggioranza assoluta dei suoi componenti, per le sedute a carattere generale, e di quelli delle aree tematiche, per le trattazioni relative alle stesse.

7. La partecipazione al Comitato e' a titolo gratuito. Per i dipendenti regionali costituisce obbligo di servizio. I dipendenti regionali partecipano senza diritto a compensi, fatto salvo il rimborso delle spese secondo il trattamento spettante al personale dipendente non dirigente dell'Amministrazione regionale.";

f) l'articolo 15 e' sostituito dal seguente:

"Art. 15

(Commissioni d'esame)

1. Le prove dimostrative attitudinali e gli esami finali dei corsi di formazione professionale per aspiranti guide alpine e per guide alpine-maestri di alpinismo sono espletate da una commissione, nominata tra i componenti del comitato Tecnico di cui all'articolo 14, su indicazione dei titolari delle designazioni, con determinazione del Dirigente del Servizio competente.

2. La commissione d'esame e' composta da:

- a) un dipendente regionale del Dipartimento competente di categoria D con funzione di Presidente;
- b) un dipendente regionale di categoria D del Servizio Sport e Turismo;
- c) un rappresentante del collegio regionale delle guide alpine;
- d) due guide alpine-maestri di alpinismo, di cui almeno una istruttore guide alpine;
- e) un accompagnatore di media montagna-maestro di escursionismo.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da uno dei componenti della Commissione di cui al comma 2, nominato, per ogni sessione di esame, dal Presidente.

4. Limitatamente all'espletamento delle prove tecniche e di quelle di didattica, la commissione si articola in sottocommissione.

5. La sottocommissione e' composta da:

- a) un rappresentante del collegio regionale delle guide alpine;
- b) due guide alpine-maestri di alpinismo, di cui almeno una istruttore guida alpina.

6. La commissione e la relativa sottocommissione sono validamente costituite quando e' presente il Presidente della commissione designato e la maggioranza assoluta dei loro componenti.

7. Le commissioni possono suddividersi in gruppi di lavoro per garantire una maggiore funzionalita' delle stesse.

8. Ai componenti della commissione e delle sottocommissioni d'esame che non sono dipendenti regionali e' corrisposta una indennita' di partecipazione per ogni seduta, nonche' il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio nella misura prevista per il personale regionale dalla legislazione della Regione Abruzzo a totale carico del collegio regionale delle guide alpine. Per i dipendenti regionali trova applicazione il comma 7 dell'articolo 14.

9. Nell'esercizio delle funzioni previste dalla presente legge, i componenti delle commissioni e delle sottocommissioni sono assicurati per i rischi derivanti da responsabilita' civile verso terzi e per gli infortuni; il Collegio regionale delle guide alpine stipula le relative polizze di assicurazione stabilendo modalita' e massimali.";

g) il comma 1 dell'articolo 19 e' sostituito dal seguente:

"1. L'iscrizione nell'elenco speciale ha efficacia per tre anni ed e' conservata per pari periodo su presentazione del certificato di idoneita' psicofisica per la professione di accompagnatore di media montagna, rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale, unitamente all'ottenimento dei crediti formativi minimi di aggiornamento professionale, di cui al comma 2. In caso di comprovata impossibilita' ad acquisire i crediti formativi minimi, l'accompagnatore di media montagna-maestro di escursionismo e' tenuto ad acquisirli nei primi corsi disponibili alla cessazione dell'impedimento. L'iscrizione in tal caso e' conservata per pari periodo ed e' comunque sospesa dopo due anni.";

h) l'articolo 26 e' sostituito dal seguente:

"Art. 26

(Comitato Tecnico)

1. La Giunta regionale nomina con propria deliberazione il Comitato Tecnico che, nell'articolazione per commissioni d'esame, ha il compito di:

- a) valutare le prove dimostrative attitudinali;
- b) valutare le prove d'esame finali dei corsi.

2. Quale organo consultivo, il Comitato Tecnico formula proposte di:

- a) programmi e contenuti didattici per le attivita' formative, per quelle di aggiornamento e di specializzazione;
- b) criteri di valutazione per le singole prove.

Nella formulazione dei programmi didattici e delle prove d'esame garantisce la compatibilita' con i criteri definiti in campo nazionale ed internazionale.

3. Il Comitato Tecnico, presieduto dal componente della Giunta preposto al Settore Formazione Professionale o suo delegato, e' composto da:

- a) due dipendenti regionali del Dipartimento competente, di cui uno effettivo ed uno supplente, di categoria D, esperti di norme amministrative che regolano l'attivita' degli accompagnatori di media montagna-maestri di escursionismo, su designazione del dirigente del Servizio competente;
- b) due dipendenti regionali del Servizio Sport e Turismo, di cui uno effettivo ed uno supplente, di categoria D, esperti di organizzazione e legislazione turistica, su designazione del dirigente del Servizio;
- c) quattro accompagnatori-maestri di escursionismo, di cui due effettivi e due supplenti, iscritti all'elenco speciale del collegio regionale delle guide, su designazione del collegio stesso;
- d) due guide alpine, di cui una effettiva ed una supplente, su designazione del collegio regionale delle guide, in rappresentanza dello stesso.

4. Svolge le funzioni di segreteria del Comitato un dipendente del Dipartimento regionale competente.

5. Il Comitato dura in carica un quinquennio, comunque sino al suo rinnovo ed i suoi componenti possono essere riconfermati.

6. Il Comitato Tecnico puo' suddividersi in gruppi di lavoro tematico, a garanzia di una maggiore funzionalita' e snellezza nelle procedure. E' validamente costituito quando e' presente, oltre al componente della Giunta regionale o suo delegato, la maggioranza assoluta dei suoi componenti, per le sedute a carattere generale, e di quelli delle aree tematiche, per le trattazioni relative alle stesse.

7. La partecipazione al Comitato e' a titolo gratuito. Per i dipendenti regionali costituisce obbligo di servizio. I dipendenti regionali partecipano senza diritto a compensi, fatto salvo il rimborso delle spese secondo il trattamento spettante al personale dipendente non dirigente dell'Amministrazione regionale.";

i) l'articolo 27 e' sostituito dal seguente:

"Art. 27

(Commissioni d'esame)

1. Le prove dimostrative attitudinali e gli esami finali dei corsi di formazione professionale per accompagnatori di media montagna-maestri di escursionismo sono espletate da una commissione, nominata tra i componenti del Comitato Tecnico di cui all'articolo 26, su indicazione dei titolari delle designazioni con determinazione del dirigente del Servizio competente.

2. La commissione d'esame e' composta da:

- a) un dipendente regionale del Dipartimento regionale competente di categoria D, con funzione di Presidente;
- b) un dipendente regionale del Servizio Sport e Turismo di categoria D;
- c) due accompagnatori di media montagna-maestri di escursionismo;
- d) due guide alpine-maestri di alpinismo.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da uno dei componenti della commissione di cui al comma 2, nominato, per ogni sessione di esame, dal Presidente.

4. Limitatamente all'espletamento delle prove tecniche e di quelle di didattica, la commissione si articola in sottocommissione.

5. La sottocommissione e' composta da:

- a) due accompagnatori di media montagna-maestri di escursionismo;
- b) due guide alpine-maestri di alpinismo.

6. La commissione e la relativa sottocommissione sono validamente costituite quando e' presente il Presidente della commissione e la maggioranza assoluta dei loro componenti.

7. Le commissioni possono suddividersi in gruppi di lavoro per garantire una maggiore funzionalita' delle stesse.

8. Ai componenti della commissione e delle sottocommissioni d'esame che non sono dipendenti regionali e' corrisposta un'indennita' di partecipazione per ogni seduta, nonche' il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio nella misura prevista per il personale regionale dalla legislazione della Regione Abruzzo a totale carico del Collegio regionale delle guide alpine. Per i dipendenti regionali trova applicazione il comma 7 dell'articolo 26.

9. Nell'esercizio delle funzioni previste dalla presente legge, i componenti delle commissioni e delle sottocommissioni sono assicurati per i rischi derivanti da responsabilita' civile verso terzi e per gli infortuni; il Collegio regionale delle guide alpine stipula le relative polizze di assicurazione stabilendo modalita' e massimali.";

l) l'articolo 28 e' sostituito dal seguente:

"Art. 28

(Organizzazione e gestione delle attivita' formative)

1. I corsi relativi alle attivita' formative di cui alla presente legge sono organizzati e svolti dal Collegio regionale delle guide alpine.
2. La quota di partecipazione ai corsi e' stabilita dalla Giunta regionale su proposta del Collegio regionale delle guide alpine ed e' commisurata agli obblighi previsti per lo svolgimento degli stessi.
3. Le attivita' formative possono essere completate entro il biennio successivo all'anno del piano che le istituisce, nei limiti di spesa previsti dal progetto.
4. Le nomine dei docenti sono effettuate dal Collegio regionale delle guide alpine tra esperti in possesso di idonea professionalita' nelle discipline relative ai diversi tipi di attivita'. Per l'individuazione delle professionalita' possono esprimere pareri consultivi i relativi Comitati tecnici.
5. Il direttore dei corsi esonera dalla frequenza delle lezioni delle discipline corrispondenti, con uguale contenuto, gli allievi che ne facciano richiesta, quando abbiano frequentato, sostenendo i relativi esami con esito positivo, corsi di qualificazione professionale per aspirante guida alpina, o maestro di sci alpino, o maestro di sci di fondo e, per le discipline teorico/didattiche, quando abbiano frequentato, sostenendo i relativi esami con esito positivo, corrispondenti corsi presso centri di formazione professionale o universitaria riconosciuti.";
- m) al comma 8 dell'articolo 29, la lettera n) e' sostituita dalla seguente "n) proporre le tariffe professionali indicative";
- n) al comma 12 dell'articolo 29 le parole "CRFP di Sulmona" sono sostituite dalle seguenti parole: "Collegio regionale delle guide alpine";
- o) l'articolo 33 e' soppresso.

Art. 11

(Integrazione all'art. 2 della l.r. 32/2007)

1. Alla lettera e) del comma 1 dell'[articolo 2 della legge regionale 31 luglio 2007, n. 32](#) (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: ". Sono esclusi dall'ambito applicativo della presente lettera gli studi medici ove il professionista medico esercita l'attivita' professionale erogando prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche non invasive, individuate con deliberazione della Giunta regionale".

Art. 12

(Integrazione all'art. 5 della l.r. 4/2009)

1. Al comma 1 septies dell'[articolo 5 della legge regionale 24 marzo 2009, n. 4](#) (Principi generali in materia di riordino degli Enti regionali) dopo la parola "annualmente" sono aggiunte le seguenti ", ovvero su decisione unanime assunta dalla Conferenza dei Capigruppo".

Art. 13

(Modifiche all'art. 1 della l.r. 10/2011)

1. Alla [legge regionale 18 aprile 2011, n. 10](#) (Norme sull'attivita' edilizia nella Regione Abruzzo), all'[articolo 1](#) sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) al comma 1 le parole "31.12.2020" sono sostituite dalle seguenti: "31.12.2021";
 - b) dopo il comma 1 e' inserito il seguente:
"1-bis. Il recupero a fini residenziali dei sottotetti e' consentito anche negli edifici realizzati successivamente alla data di cui al comma 1, decorso un anno dalla data di conseguimento dell'agibilita' dell'edificio in cui e' ubicato il sottotetto.".

Art. 14

(Modifiche all'art. 1 della l.r. 21/2021)

1. All'[articolo 1 della legge regionale 3 novembre 2021, n. 21](#) (Disposizioni per fronteggiare l'aumento dei prezzi dei materiali nei contratti pubblici regionali) sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) il comma 2 e' sostituito con il seguente:
"2. E' istituito l'"Osservatorio permanente dei prezzi elementari" in seno al Centro Regionale Monitoraggio e Controllo (CE.RE.MO.CO.) previsto e disciplinato dalla [legge regionale 27 marzo 1998, n. 21](#) (Attivita' di monitoraggio, controllo, semplificazione e trasparenza nel settore delle OO.PP. con istituzione del CE.RE.MO.CO. e norme sulla partecipazione alle gare d'appalto della Regione Abruzzo). L'Osservatorio stabilisce le modalita' con cui adeguare annualmente il Prezzario regionale ai sensi dell'[articolo 23, commi 7 e 16, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50](#) (Codice dei contratti pubblici), tenendo conto, per le finalita' di cui al comma 1, delle disposizioni contenute nel decreto ministeriale di cui al comma 1 dell'articolo 1-septies del [decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73](#) (Misure urgenti connesse all'emergenza da Covid-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 luglio 2021, n. 106](#), ed adotta ogni piu' idonea misura per far fronte all'aumento eccezionale dei costi di approvvigionamento.

Le determinazioni assunte dall'Osservatorio sono sottoposte alla successiva approvazione da parte del Comitato Regionale Tecnico Amministrativo - Sezione Lavori Pubblici di cui alla [legge regionale 2 dicembre 2011, n. 40](#) (Norme per l'organizzazione e il funzionamento del Comitato Regionale Tecnico Amministrativo - Sezione Lavori pubblici).";

b) il comma 3 e' sostituito con il seguente:

"3. L'Osservatorio permanente dei prezzi elementari e' altresi' organo tecnico di supporto della Giunta regionale con funzioni di analisi, confronto e verifica, ai fini del comma 1, del corretto utilizzo da parte delle Stazioni Appaltanti delle risorse statali stanziate dall'[articolo 1-septies del d.l. 73/2021](#).";

c) dopo il comma 3 sono aggiunti i seguenti:

"3-bis. Sono componenti dell'Osservatorio:

- a) il Dirigente del Servizio regionale competente in materia di aggiornamento annuale del Prezzario regionale delle Opere Pubbliche o suo delegato con funzioni di Presidente;
- b) un rappresentante dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI);
- c) un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (UPI);
- d) un rappresentante delle associazioni di imprese;
- e) un rappresentante del Consiglio nazionale delle Ricerche - sezione Abruzzo (ITC-CNR Abruzzo);
- f) rappresentanti delle professioni tecniche individuate tra Ordini e Collegi regionali, nel numero massimo di due.

3-ter. All'Osservatorio possono, altresi', partecipare, previa intesa con le Amministrazioni di appartenenza:

- a) un rappresentante del Ministero delle Infrastrutture e Mobilita' Sostenibili - Provveditorato alle Opere Pubbliche per l'Abruzzo, Lazio e Sardegna;
- b) un rappresentante dell'Ufficio speciale per la ricostruzione sisma 2016 - Abruzzo;
- c) un rappresentante dell'Ufficio speciale per la ricostruzione dell'Aquila (USRA) 2009;
- d) un rappresentante dell'Ufficio speciale per la ricostruzione dei Comuni del Cratere 2009;
- e) un rappresentante del mondo accademico regionale.

3-quater. I componenti dell'Osservatorio permangono in carica sino a nuova designazione da parte di ogni singolo Ente ed organismo di rappresentanza. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio e' a titolo gratuito.

3-quinquies. L'Osservatorio definisce le modalita' di funzionamento e di organizzazione dei lavori anche attraverso l'attivazione di specifici gruppi di lavoro su tematiche definite ai fini dello svolgimento delle funzioni di cui ai commi 2 e 3.

3-sexies. In attuazione della presente legge, ai fini della costituzione dell'Osservatorio, la Giunta regionale adotta, su proposta della struttura regionale competente in materia di aggiornamento annuale del Prezzario regionale delle Opere Pubbliche, ogni piu' idoneo atto o provvedimento.".

Art. 15

(Sostituzione dell'art. 18 della l.r. 23/2021)

1. L'[articolo 18 della legge regionale 29 novembre 2021, n. 23](#) (Disposizioni per l'attuazione del principio di leale collaborazione, disposizioni finanziarie in favore di Comuni abruzzesi ed altri enti e ulteriori disposizioni) e' sostituito dal seguente:

"Art.18

(Contributo per la realizzazione del Museo del Tartufo e dell'Identita' Farnese - Mu.T.I.Fa.)

1. Al fine di contribuire alla realizzazione del "Museo del Tartufo e dell'Identita' Farnese - Mu.T.I.Fa." e' concesso, per l'anno 2022, un contributo straordinario, quantificato in euro 200.000,00, all'Associazione culturale "Campovalano VIVA", iscritta al n. 72 del Registro delle persone giuridiche istituito presso la Regione Abruzzo ai sensi del [d.p.r. 361/2000](#) giusto Decreto del Presidente della Giunta regionale 2.7.2012, n. 60 ([BURA n. 45 del 24.8.2012](#)).

2. Le risorse finanziarie di cui al presente articolo trovano allocazione nella Missione 05, Programma 02, Titolo 2, del Bilancio regionale 2022-2024, esercizio 2022 e, ai fini della copertura della spesa, pari ad euro 200.000,00, e' apportata la seguente variazione in termini di competenza e cassa al Bilancio regionale 2022-2024, esercizio 2022:
 a) in aumento parte Spesa: Missione 05, Programma 02, Titolo 2, capitolo di nuova istituzione denominato "Contributo straordinario per la realizzazione del Museo del Tartufo e dell'Identita' Farnese", per euro 200.000,00;
 b) in aumento parte Entrata: Titolo 3, Tipologia 200, Categoria 02, capitolo 35001/2, per euro 200.000,00.

3. Le maggiori spese di cui di alla lettera a) del comma 2 sono autorizzate e possono essere impegnate solo limitatamente all'avvenuto accertamento delle maggiori entrate di cui alla lettera b) del medesimo comma 2 e nei limiti dei relativi importi.

4. Il Dipartimento regionale in materia di cultura adotta tutti gli atti necessari a dare attuazione alle disposizioni di cui al presente articolo.

5. La Giunta regionale e' autorizzata ad adottare la variazione di cui al presente articolo."

Art. 16

(Parziale attuazione dell'art. 6 della l.r. 2/2022)

1. Per la parziale attuazione delle disposizioni di cui all'[articolo 6, comma 2, della legge regionale 24 gennaio 2022, n. 2](#) (Disposizioni finanziarie per la redazione del Bilancio di previsione finanziario 2022-2024 della Regione Abruzzo (Legge di stabilita' regionale 2022)), in deroga alle modalita' di copertura indicate al comma 1 del medesimo articolo 6, al Bilancio di previsione 2022/2024, esercizio 2022, e' autorizzata l'iscrizione di un Fondo denominato "Fondo per il finanziamento degli interventi sul territorio" di importo complessivo pari ad euro 2.200.000,00.
2. Al finanziamento del Fondo di cui al comma 1 si provvede con le risorse derivanti dall'accertamento delle maggiori entrate tributarie ed extratributarie ovvero dai trasferimenti erariali compensativi per l'esercizio 2022, ovvero ancora con le maggiori stime di entrata disponibili.
3. A seguito della istituzione del Fondo di cui ai commi 1 e 2, i Dipartimenti competenti della Giunta regionale erogano, entro l'esercizio 2022 e previe le prodromiche verifiche del caso, i seguenti importi, per il menzionato ammontare complessivo di euro 2.200.000,00:
 - a) Comune dell'Aquila - Museo Perdonanza euro 100.000,00;
 - b) Fondazione "Di Persio-Pallotta" euro 200.000,00;
 - c) Cultura - DPH euro 650.000,00 ripartiti come segue:
 - 1) Istituzione Sinfonica Abruzzese - contributo straordinario di euro 260.000,00 per spese di funzionamento, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 2) Parco Nazionale della Maiella - contributo straordinario di euro 60.000,00 per la promozione e valorizzazione del sito archeologico JUVANUM, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 3) Associazione Culturale Giostra Cavalleresca di Sulmona - contributo straordinario di euro 25.000,00 per la promozione e valorizzazione della storica manifestazione Giostra Cavalleresca di Sulmona, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 4) Comune di Francavilla - contributo straordinario di euro 15.000,00 per la realizzazione del Premio Giornalistico Nazionale Antonio Russo, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 5) [Art. 40 della legge regionale 18 dicembre 2013, n. 55](#) (Legge europea regionale 2013) INIZIATIVE DIRETTE, incremento delle risorse per euro 100.000,00, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 6) [Art. 40 della l.r. 55/2013](#), GRANDI EVENTI, incremento delle risorse per euro 160.000,00, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 7) Comitato festival del Carciofo di Cupello - contributo straordinario di euro 20.000,00, per Festival del carciofo anno 2022, Missione 05, Programma 02, Titolo 1;
 - 8) Associazione di promozione sociale "INNOCENT Smith" contributo straordinario di euro 10.000,00 per IRISH Festival di Notaresco, Missione 05, Programma 02, Titolo 1.".
 - d) Sistema Funiviario - DPE euro 500.000,00;
 - e) Comune di Francavilla interventi di rigenerazione urbana euro 50.000,00;
 - f) Comune di Vasto interventi di rigenerazione urbana euro 40.000,00;
 - g) Comune di Opi interventi di rigenerazione urbana euro 10.000,00;
 - h) Corsi Formazione personale ferroviario ITS Ortona euro 150.000,00;
 - i) Comprensorio Turistico valorizzazione sentieri Voltigno euro 100.000,00;
 - j) attuazione dell'[articolo 13](#) (Incremento dotazione Fondo unico delle politiche della pesca per l'esercizio 2022) della [legge regionale 16 giugno 2022, n. 10](#) (Disposizioni per il funzionamento degli enti di cui agli articoli 55 e 56 dello Statuto regionale, degli altri uffici o enti istituiti, controllati e vigilati, disposizioni per la valorizzazione del patrimonio per progetti di pubblico interesse, attuazione del principio di leale collaborazione e ulteriori disposizioni) euro 300.000,00;
 - j bis) Contributo straordinario Teatro Stabile D'Abruzzo esercizio 2022 euro 100.000,00.

3-bis. La Giunta regionale e' autorizzata ad individuare criteri e parametri ai fini del riconoscimento dei contribuiti di cui al comma 3, lettera j), in favore delle imprese della pesca, da assegnare nel rispetto della normativa sugli aiuti di stato.

 4. Al Bilancio di previsione 2022-2024, relativamente all'esercizio 2022, sono per l'effetto apportate le seguenti variazioni per competenza e cassa:
 - a) in aumento parte entrata: Titolo 1, Tipologia 101, Categoria 50, per euro 2.200.000,00;
 - b) in aumento parte spesa: Titolo 1, Missione 20, Programma 03, capitolo di nuova istituzione, per euro 2.200.000,00.
 5. La Giunta regionale e' autorizzata ad apportare, con proprio provvedimento, le necessarie variazioni al Bilancio di previsione finanziario 2022-2024 ed al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio Finanziario Gestionale per il triennio in questione, istituendo i nuovi capitoli di spesa secondo la suddivisione per medesimi Titolo, Missione e Programma di spesa, relativamente agli interventi di cui al comma 3.
 6. Relativamente all'esercizio 2022, le maggiori spese sopra indicate sono autorizzate e possono essere impegnate esclusivamente ad avvenuta riscossione delle maggiori entrate di cui al presente articolo e nei limiti dei relativi importi.
 - 6-bis. Per i contributi di cui al presente articolo, tenuto conto anche delle difficolta' connesse all'aumento dei prezzi e all'approvvigionamento dei materiali, il termine ultimo per l'utilizzo e la rendicontazione dei contributi assegnati e' stabilito entro e non oltre il 31 agosto 2023.

7. I Dipartimenti regionali competenti per materia provvedono ad adottare tutti gli atti necessari per dare attuazione alle disposizioni del presente articolo.

Note all'art. 16:

Articolo modificato dall'[art. 13, commi 2 e 3, L.R. 13 dicembre 2022, n. 32](#) che hanno rispettivamente sostituito la lettera c) e aggiunto la lettera j bis) al comma 3.

Articolo poi modificato dall'[art. 18, comma 7, L.R. 13 dicembre 2022, n. 32](#) che ha sostituito la lettera j al comma 3 e ha aggiunto il comma 3 bis).

Articolo modificato di nuovo dall'[art. 26, comma 1, L.R. 11 gennaio 2023, n. 5](#) che ha aggiunto il comma 6-bis. Vedi il [testo originale](#).

Art. 17
(Sostituzione dell'art. 15 della l.r. 2/2022)

1. L'[articolo 15 della l.r. 2/2022](#) e' sostituito dal seguente:

"Art. 15

(Istituzione Fondo per il rifinanziamento delle leggi regionali e delle funzioni regionali fondamentali)

1. Per il rifinanziamento delle leggi regionali e delle funzioni regionali fondamentali di cui all'Allegato 3, nello stato di previsione della spesa degli esercizi 2022 e 2023, e' autorizzata l'iscrizione di un Fondo denominato "Fondo per il rifinanziamento delle leggi regionali e delle funzioni regionali fondamentali", di importo complessivo pari ad euro 8.833.000,00.
2. Al finanziamento del Fondo di cui al comma 1 si provvede con le risorse derivanti dall'accertamento delle maggiori entrate tributarie ed extratributarie ovvero dai trasferimenti erariali compensativi per l'esercizio 2022, ovvero ancora con le maggiori stime di entrata disponibili.
3. A seguito della istituzione del Fondo di cui ai commi 1 e 2, i Dipartimenti competenti della Giunta regionale erogano, a titolo di anticipazione entro l'esercizio 2022 e previe le prodromiche verifiche del caso, una somma corrispondente al 70% dell'importo complessivo dei singoli contributi di cui al comma 1, pari all'ammontare di euro 6.183.100,00.
4. Ai fini della erogazione del saldo del 30%, da eseguire nell'esercizio 2023 per l'ammontare complessivo residuo di euro 2.649.900,00, i contributi di cui al comma 1 devono essere utilizzati e rendicontati alle Strutture regionali competenti per materia, indicate nell'Allegato 3, entro il termine ultimo del 31 ottobre 2023, pena in difetto la restituzione delle somme non dovute.
5. Al Bilancio di previsione 2022-2024, relativamente agli esercizi 2022 e 2023, sono per l'effetto apportate le seguenti variazioni:
 - a) Esercizio 2022, per competenza e cassa:
 - 1) in aumento parte entrata: Titolo 1, Tipologia 101, Categoria 50, per euro 6.183.100,00;
 - 2) in aumento parte spesa: Titolo 1, Missione 20, Programma 03, capitolo di nuova istituzione, per euro 6.183.100,00;
 - b) Esercizio 2023, per competenza:
 - 1) in aumento parte entrata: Titolo 1, Tipologia 101, Categoria 50, per euro 2.649.900,00;
 - 2) in aumento parte spesa: Titolo 1, Missione 20, Programma 03, capitolo di nuova istituzione, per euro 2.649.900,00.
6. La Giunta regionale e' autorizzata ad apportare, con proprio provvedimento, le necessarie variazioni al Bilancio di previsione finanziario 2022-2024 ed al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio Finanziario Gestionale per il triennio in questione, istituendo i nuovi capitoli di spesa secondo la suddivisione per medesimi Titolo, Missione e Programma di spesa, relativamente agli interventi previsti dall'Allegato 3, di cui al comma 1.
7. Relativamente agli esercizi 2022 e 2023, le maggiori spese sopra indicate sono autorizzate e possono essere impegnate esclusivamente ad avvenuta riscossione delle maggiori entrate di cui al presente articolo e nei limiti dei relativi importi.
8. I Dipartimenti regionali competenti per materia provvedono ad adottare tutti gli atti necessari per dare attuazione alle disposizioni del presente articolo."

Art. 18
(Modifiche all'allegato 3 di cui all'art. 15 della l.r. 2/2022)

1. All'[allegato 3](#) di cui all'[articolo 15 della l.r. 2/2022](#) sono apportate le seguenti modifiche:

a) ai righi dal 575 al 595, nell'ultima colonna a destra sono inseriti gli acronimi come di seguito riportati:

Associazione scuola sci Assergi "Gran Sasso"	20.000,00 euro	Contributo straordinario per spese di funzionamento attivita' associativa				DPH
--	----------------	---	--	--	--	-----

Protezione Civile N.O.V.P.C. Tagliacozzo onlus	5.000,00 euro	Contributo straordinario per spese di funzionamento attivita' associativa			DPC
Protezione Civile intercomunale comunita' montana Sirentina	5.000,00 euro	Contributo straordinario per spese di funzionamento attivita' associativa			DPC
Comune di Celenza sul Trigno	40.000,00 euro	Intervento straordinario su teatro comunale			DPE
Comune di Vasto	30.000,00 euro	Intervento straordinario villa dinamica San Paolo			DPE
Comune di Pollutri	40.000,00 euro	Intervento straordinario centro polifunzionale			DPE
Comune di Chieti	100.000,00 euro	Intervento straordinario messa in sicurezza immobile "Supercinema di Chieti"			DPE
Comune di Sant'Eufemia a Maiella	50.000,00 euro	Acquisto di uno scuolabus per il trasporto degli studenti			DPC
Comune di Caramanico Terme	30.000,00 euro	Realizzazione di opere di miglioramento interno Palasantelena			DPE
Comune di Civitaquana	10.000,00 euro	Svolgimento dell'evento culturale della Ricorrenza dell'Eccidio del 5 dicembre 1943			DPH
Istituto Professionale di Stato Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalita' Alberghiera - IPSSAR "Filippo De Cecco"	10.000,00 euro	Realizzazione di interventi di riqualificazione e miglioramento degli spazi interni ed esterni del plesso scolastico e la creazione di spazi esterni destinati alla didattica all'aperto			DPE
A.G.B.E. (Associazioni Genitori Bambini Emopatici) OdV - C.F. 91058300681	20.000,00 euro	Spese di funzionamento attivita' associativa			DPH
"Gotha" Societa' Sportiva Dilettantistica	10.000,00 euro	Contributo attivita' Associativa (Corsi di Autodifesa per le Donne)			DPH
Comune di Treglio	45.000,00 euro	Valorizzazione ed ampliamento del Campo Sportivo			DPH
Comune di San Vito Chietino	45.000,00 euro	Ristrutturazione Impianto Sportivo			DPH
"My Extreme Sports" Associazione Sportiva Dilettantistica	10.000,00 euro	Contributo attivita' associativa (corsi di educazione alimentare e motoria)			DPH
Comune di Pescina	10.000,00 euro	Contributo Stagione Teatrale 2022			DPH
Comune di Avezzano	60.000,00 euro	Opere di manutenzione ordinaria e straordinaria della rete stradale, dei fossi di guardia e delle infrastrutture di mobilita' presenti nel comprensorio fucense			DPE
Delegazione Abruzzo FIH (Federazione Italiana Hokey)	1.500,00 euro	Intervento finalizzato all'acquisto delle divise e del necessario materiale sportivo			DPH
Comune di Sulmona	50.000,00 euro	Interventi urgenti di manutenzione ordinaria, straordinaria ed acquisto di arredi necessari per il recupero e valorizzazione dell'immobile sede della ex Scuola materna "Celidonio"			DPC
Associazione Amici del Festival di Tagliacozzo	8.500,00 euro	Contributo per lo svolgimento di attivita' e manifestazioni			DPH

b) l'associazione "Casa delle culture" e' sostituita con la seguente: "Associazione Sulmona sostenibile eventi";
 c) dopo il rigo relativo a "A.S.D. GINO FISCHIONE - L'AQUILA" e' inserito il seguente:

ASD DYNAMICA associazione sportiva di Tagliacozzo	5.000,00 euro	Contributo straordinario per spese di funzionamento attivita' associativa			DPH
---	------------------	---	--	--	-----

d) il rigo:

Associazione Pro loco (Colonnella)	10.000,00 euro	Progetto "Cracking Art- La grande invasione"	05	02	1	DPH
------------------------------------	----------------	--	----	----	---	-----

e' sostituito con il seguente:

Associazione Pro loco (Colonnella)	10.000,00 euro	"Calici di stelle"	05	02	1	DPH
------------------------------------	----------------	--------------------	----	----	---	-----

e) il rigo:

Comune di Atri	30.000,00 euro	Messa in sicurezza di strade, patrimonio comunale ed arredo urbano	08	02	2	DPC
----------------	----------------	--	----	----	---	-----

e' sostituito con il seguente:

Comune Colonnella	30.000,00 euro	Messa in sicurezza di strade, patrimonio comunale ed arredo urbano	08	02	2	DPC
-------------------	----------------	--	----	----	---	-----

Art. 19

(Integrazione allegati al Bilancio di previsione 2022/2024 di cui alla l.r. 3/2022)

1. Ai sensi dell'[articolo 42, comma 13, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118](#) (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modifiche ed integrazioni, la deliberazione di cui al [verbale di Consiglio regionale 73/1 del 27 settembre 2022](#) (Disavanzo di amministrazione al 31 dicembre 2014 e al 31 dicembre 2015. Determinazioni in ordine al nuovo piano di rientro ex art. 1, commi 779 e seguenti, [Legge 27 dicembre 2017, n. 205](#), a seguito della [Sentenza della Corte Costituzionale n. 235/2021](#), della [Delibera della Corte dei Conti n. 76/PARI/2022](#) e della intervenuta approvazione con legge regionale dei Rendiconti della Gestione per gli esercizi dal 2016 al 2020) e' allegata al Bilancio di previsione finanziario 2022/2024, approvato con [legge regionale n. 3 del 24 gennaio 2022](#), costituendone parte integrante.]

Note all'art. 19:Articolo abrogato dall'[art. 8, comma 8, L.R. 13 dicembre 2022, n. 32.](#)

Art. 20

(Modifiche all'art. 15 della l.r. 24/2022)

1. All'[articolo 15 della legge regionale 22 agosto 2022, n. 24](#), (Disposizioni contabili per la gestione del bilancio 2022/2024, modifiche alle leggi regionali 9/2022, 10/2022 e 11/2022 in attuazione del principio di leale collaborazione ed ulteriori disposizioni urgenti ed indifferibili) i commi 2 e 3 sono sostituiti dai seguenti:
 "2. Agli oneri finanziari di cui al comma 1 si fa fronte con le risorse di apposito e nuovo stanziamento sul capitolo n. 1124 denominato "Contributo straordinario all'associazione Famiglia Abruzzese", istituito nella parte Spesa del bilancio di previsione pluriennale 2022-2024 del Consiglio regionale, esercizio 2022, Missione 19 "Relazioni internazionali", Programma 01 "Relazioni internazionali e Cooperazione allo sviluppo", Titolo 1 "Spese correnti", macroaggregato 04 "Trasferimenti correnti".
 3. La copertura degli oneri finanziari di cui al comma 1 e' assicurata mediante la seguente variazione al bilancio del Consiglio Regionale, annualita' 2022, in termini di competenza e di cassa:
 a) Missione 19 Programma 01 Capitolo di nuova istituzione 1124 denominato "Contributo straordinario all'associazione Famiglia Abruzzese" in aumento di euro 10.000,00;
 b) Missione 01 Programma 01 Capitolo 1003 denominato "Rimborso spese missioni consiglieri regionali" in diminuzione di euro 10.000,00."
 2. L'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale predispone gli atti necessari per l'attuazione del presente articolo.

Art. 21

(Sostituzione dell'art. 16 della l.r. 24/2022)

1. L'[articolo 16 della l.r. 24/2022](#) e' sostituito dal seguente:

"Art. 16

(Intervento Progetto 'Borghi piu' belli')

1. In attuazione delle indicazioni contenute al comma 2 dell'articolo 6 della l.r. 2/2022, e' riconosciuto all'Associazione "I Borghi piu' Belli d'Italia in Abruzzo e Molise" un contributo straordinario di euro 200.000,00 per la realizzazione della manifestazione denominata "XIV Festival Nazionale de I Borghi piu' belli d'Italia", cui e' riconosciuto l'alto valore culturale e turistico.
2. Le modalita' di erogazione del contributo straordinario di cui al comma 1 sono disciplinate da apposita convenzione da stipularsi fra l'Associazione 'I Borghi piu' Belli d'Italia in Abruzzo e Molise' e la Regione Abruzzo.

3. Il Dipartimento della Giunta regionale competente in materia di Cultura e' autorizzato a mettere in atto tutti gli adempimenti necessari e conseguenti prevedendo, laddove richiesta, la erogazione di un'anticipazione.
4. Al fine di dare attuazione al presente articolo, all'esercizio 2022 del Bilancio di previsione finanziario regionale 2022-2024 sono apportate le seguenti variazioni per competenza e cassa:
- in aumento parte Entrata: Titolo 1, Tipologia 101, Categoria 50 per euro 200.000,00;
 - in aumento parte Spesa: Missione 05, Programma 02, Titolo 1, su Capitolo di nuova istituzione da denominare "Contributo straordinario in favore dell'Associazione I Borghi piu' Belli d'Italia in Abruzzo e Molise", per l'importo di euro 200.000,00.
5. Relativamente all'esercizio 2022, le maggiori spese di cui al presente articolo sono autorizzate e possono essere impegnate esclusivamente ad avvenuta riscossione delle maggiori entrate di cui alla lettera a) del comma 4 e nei limiti dei relativi importi".

Art. 22

(Modifiche alla Tabella A allegata alla l.r. 25/2022)

1. La quinta, la sesta e la settima riga della tabella di cui all'[allegato A della legge regionale 22 agosto 2022, n. 25](#) (Norme per il sostegno e la promozione delle attivita' d'ambito teatrale svolte da soggetti extra FUS) sono sostituite dalle seguenti:

A	numero degli spettacoli svolti nell'attivita' di produzione e programmazione nell'anno precedente	- da 1 a 15 > 1 punto - da 16 a 20 > 3 punti - da 21 a 30 > 5 punti - oltre 30 > 10 punti	10
B	numero degli anni di attivita' svolta oltre il triennio minimo di cui all'articolo 3 (a partire dall'anno solare di inizio attivita')	- da 4 a 5 > 1 punto - da 6 a 8 > 3 punti - da 9 a 10 > 5 punti - oltre 10 > 10 punti	10
C	numero di compagnie professionali ospitate nella programmazione annuale (dimostrabile attraverso la titolarita' dell'organizzazione)	- da 1 a 3 > 1 punto - da 4 a 5 > 3 punti - da 6 a 10 > 5 punti - oltre 10 > 10 punti	10

Art. 23

(Contributi in favore di Saga S.p.A.)

1. Per le finalita' di cui all'[articolo 1 della legge regionale 2 ottobre 2019, n. 33](#) (Contributo alle funzioni pubbliche svolte dall'aeroporto d'Abruzzo e disposizioni finanziarie per il trasporto pubblico locale) in materia di funzioni pubbliche svolte dall'Aeroporto d'Abruzzo, il contributo riconosciuto in favore del gestore - Saga S.p.A. - e' pari, per il 2022, a euro 1.500.000,00.
2. Agli oneri di cui al comma 1 si provvede, per euro 1.000.000,00, mediante lo stanziamento gia' iscritto nello stato di previsione delle spese dell'esercizio 2022 del Bilancio regionale 2022 -2024 al Capitolo 242423.1, istituito nell'ambito di Missione 10, Programma 04, Titolo 1 e, per la restante parte, mediante le seguenti variazioni da apportare per competenza e cassa allo stato di previsione delle spese di cui al Bilancio regionale 2022-2024:
- nello stato di previsione delle spese dell'esercizio 2022 e' diminuito lo stanziamento iscritto nel Titolo 1, Missione 10, Programma 04, capitolo 242422.3, di euro 500.000,00;
 - nello stato di previsione delle spese dell'esercizio 2022 e' aumentato lo stanziamento iscritto nel Titolo 1, Missione 10, Programma 04, capitolo 242423.1, di euro 500.000,00.

Art. 24

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo in versione telematica (BURAT).

Legge Regionale 25 gennaio 2024, n. 1**Istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie****(BURL n. 4, suppl. del 25 Gennaio 2024)**

urn:nir:regione.lombardia:legge:2024-01-25;1

Art. 1**(Istituzione e finalità del servizio di psicologia delle cure primarie)**

1. La Regione, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, istituisce il servizio di psicologia delle cure primarie a sostegno dei bisogni assistenziali della popolazione.
2. Il servizio di cui al comma 1 ha tra le proprie finalità l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini lombardi, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale.
3. Il servizio di cui al comma 1, in particolare, tende a:
 - a) intercettare tempestivamente iniziali segni di sofferenza psicologica;
 - b) assicurare diagnosi e interventi psicologici precoci;
 - c) fornire consulenza e supporto di natura psicologica alle persone e ai loro nuclei familiari;
 - d) fornire un orientamento appropriato per l'invio ai servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, ai consultori, ai servizi sociosanitari o per la disabilità, o per l'esecuzione di ulteriori approfondimenti di secondo livello, come la valutazione neuropsicologica;
 - e) erogare cure psicologiche di prossimità a integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari offerti in ambito distrettuale, anche in collaborazione con gli enti del terzo settore presenti sul territorio;
 - f) valutare il bisogno psicologico della persona e della famiglia, al primo accesso, attraverso il punto unico di accesso (PUA) della casa di comunità, la centrale operativa territoriale (COT), oppure su invio di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialisti ambulatoriali e servizi sociali.
4. Le ASST, nell'ambito dell'organizzazione di cui al Titolo V della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), integrano l'attività del servizio di psicologia delle cure primarie nel complesso degli interventi psicologici aziendali e gestiscono il coordinamento con i MMG, i PLS, i servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, i consultori, i reparti ospedalieri, i servizi sociosanitari e sociali, i servizi e progetti di prevenzione universale attuati negli istituti scolastici e nel territorio.
5. In ogni casa di comunità è garantita la presenza di almeno uno psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie a garanzia della risposta tempestiva alla domanda di assistenza psicologica espressa dalle persone e dal territorio, nella logica dell'integrazione sociosanitaria degli interventi di cui all'articolo 7, comma 16, lettera c bis), della l.r. 33/2009. È garantito a ogni cittadino il libero accesso al servizio di psicologia delle cure primarie, anche attraverso il PUA.

Art. 2**(Aree di intervento dello psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie)**

1. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo), opera all'interno della rete territoriale in collaborazione con il dipartimento della salute mentale e delle dipendenze, gli altri servizi specialistici, i MMG e i PLS, anche nelle équipe multidisciplinari di valutazione multidimensionale del bisogno, accogliendo gli invii di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali che rilevano segnali di un possibile disagio psicologico nei loro pazienti.
2. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie opera, altresì, in coordinamento con i servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, dei consultori, della disabilità, fragilità, cronicità, e con i servizi di prevenzione e promozione della salute, i reparti ospedalieri e di riabilitazione, nonché con tutte le articolazioni funzionali della ASST, i servizi sociali e gli istituti scolastici del territorio.
3. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie effettua l'attività di valutazione psicologica e di supporto psicologico alla persona e alla famiglia per le condizioni di sofferenza psicologica che si accompagnano a una patologia organica, a eventi stressanti di vita, a crisi evolutive e del ciclo di vita, a fragilità e a disabilità, nonché a problematiche neuropsicologiche. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie effettua, inoltre, attività di diagnosi e intervento psicologico precoce nelle situazioni di disagio psicologico che, se non adeguatamente intercettate e trattate, possono evolvere in psicopatologie, o disturbi della condotta e dell'adattamento di livello grave o cronico ovvero che, per la tipologia o il lieve livello di gravità, non necessitano di interventi multidisciplinari da parte delle équipe dei servizi specialistici.

Art. 3

(Organizzazione delle attività del servizio di psicologia delle cure primarie)

1. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie, in attuazione al decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), afferisce all'area di psicologia della ASST, che ha il compito di coordinare il complesso delle attività trasversali degli psicologi previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) nei diversi livelli di intervento. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie, inserito nel distretto sociosanitario e, di conseguenza, nelle case di comunità, garantisce il raccordo con gli specialisti per una migliore presa in carico dei pazienti, mantenendo un rapporto funzionale con il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze di riferimento.
2. Previo accordo tra ASST ed enti locali, lo psicologo delle cure primarie può prestare la propria attività anche all'interno di spazi forniti dall'ente locale, al fine di favorire l'accesso al servizio in aree rurali, disagiate o con scarsità di spazi idonei per lo svolgimento di attività di prossimità.
3. Le prestazioni del servizio di psicologia delle cure primarie possono essere erogate anche al domicilio della persona e in telemedicina.

Art. 4

(Verifica, monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica - Osservatorio)

1. La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1, sono effettuati dai competenti uffici del servizio sanitario regionale che analizzano i flussi di registrazione delle prestazioni psicologiche.

2. Nell'ambito della Direzione generale Welfare è istituito l'Osservatorio per il monitoraggio e il controllo qualitativo dell'assistenza psicologica prestata dal servizio di psicologia delle cure primarie. A tal fine l'Osservatorio, in particolare, fornisce indirizzi per favorire azioni di prevenzione in funzione dei bisogni assistenziali di base dei cittadini lombardi. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti la composizione e il funzionamento dell'Osservatorio.

Art. 5

(Attività di prevenzione)

1. Lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie è uno degli attori degli interventi di prevenzione selettiva e prevenzione indicata, promossi dai piani e dai programmi regionali.
2. I MMG, i PLS e gli operatori che prestano la loro attività nell'ambito della prevenzione universale possono inviare celermente la persona con segni di disagio psicologico per una consulenza presso la casa di comunità, il distretto e le altre sedi territoriali in cui opera lo psicologo del servizio delle cure primarie.
3. Il servizio di psicologia delle cure primarie rivolge particolare attenzione agli adolescenti e ai loro familiari, per i quali è previsto un accesso rapido e diretto a diagnosi e a interventi precoci, in coordinamento con i consultori e i servizi specialistici del dipartimento della salute mentale e delle dipendenze.

Art. 6

(Patrimonializzazione della Fondazione regionale per la Ricerca Biomedica)

1. Al fine di garantire la continuità nella realizzazione degli scopi istituzionali e il perseguitamento degli obiettivi di ricerca della Fondazione regionale per la Ricerca Biomedica, anche nell'ambito della salute mentale, per l'esercizio finanziario 2024 è autorizzata la spesa di euro 3.730.000,00 finalizzata a incrementare la consistenza patrimoniale della Fondazione.

Art. 7

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale controlla l'attuazione della presente legge e ne valuta gli esiti in termini di effettiva diffusione sul territorio regionale del servizio di psicologia delle cure primarie e accesso a prestazioni di assistenza psicologica di prossimità. A tal fine la Giunta regionale presenta al Consiglio una relazione annuale che fornisce risposte documentate ai seguenti quesiti:
 - a) quale è lo stato di avanzamento nella costituzione nelle ASST della psicologia delle cure primarie;
 - b) in che misura i cittadini lombardi si sono rivolti al servizio di psicologia delle cure primarie, qual è il grado di copertura delle richieste e la loro tipologia, quali prestazioni sono state erogate;
 - c) in che misura la Regione ha finanziato le azioni per attuare la presente legge e incentivato l'offerta di prestazioni psicologiche tempestive e diffuse;
 - d) con quali modalità è stato assicurato agli adolescenti e ai loro familiari l'accesso rapido e diretto al servizio di psicologia delle cure primarie;
 - e) quali sono state le principali criticità riscontrate nell'attuazione della presente legge e quali le iniziative adottate per farvi fronte.
2. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni raccolte per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale esamina la relazione secondo quanto previsto dal Regolamento generale e la rende pubblica unitamente agli eventuali documenti che ne concludono l'esame.

-
- 3.** I soggetti pubblici e privati che contribuiscono all'attuazione della presente legge forniscono alla Regione i dati e le informazioni necessarie a rispondere ai quesiti del comma 1.

Art. 8

(Norma finanziaria)

- 1.** Alle spese per l'istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie, previsto dalla presente legge, stimate in euro 12.000.000,00 per ciascun anno del triennio 2024-2026, si provvede nell'ambito del provvedimento della Giunta regionale relativo agli indirizzi di programmazione per la gestione del servizio sociosanitario regionale, con le risorse allocate alla missione 13 'Tutela della salute', programma 1 'Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA' - Titolo 1 'Spese correnti' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2024-2026.
- 2.** Alla spesa derivante dall'articolo 6 si provvede con l'incremento di euro 3.730.000,00 della missione 14 'Sviluppo economico e competitività', programma 03 'Ricerca e innovazione'- Titolo 3 'Spese per incremento attività finanziarie' e la corrispondente diminuzione della missione 20 'Fondi e accantonamenti', programma 01 'Fondi di riserva' - Titolo 1 'Spese correnti' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2024-2026.
- 3.** Per gli esercizi successivi al 2026 all'autorizzazione delle spese di cui alla presente legge si provvede con legge di approvazione del bilancio dei singoli esercizi finanziari.

Art. 9

(Entrata in vigore)

- 1.** La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che e' dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia

Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35.

“Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle leggi regionali 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)”

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

La seguente legge:

Art. 1

(Finalità ed istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie)

1. La Regione Campania, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione, per garantire al singolo, alla coppia ed alla sua famiglia le prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), istituisce a sostegno dei bisogni assistenziali emersi a seguito del Covid 19 il servizio di Psicologia di base, ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 3 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.
2. Il servizio di Psicologia di base ha la finalità di sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini campani.
3. Il servizio di Psicologia di base è realizzato da ciascuna Azienda sanitaria locale (ASL) a livello dei distretti sanitari di base. Esso è svolto da psicologi liberi professionisti a rapporto convenzionale denominati di seguito Psicologi di base. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamento disciplina la formazione degli elenchi provinciali e la gestione degli incarichi convenzionali.
4. Il servizio di psicologia di base è finalizzato a:

- a) intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;
- b) intercettare i bisogni di benessere psicologico che spesso rimangono inespressi dalla popolazione;
- c) organizzare e gestire l'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura;
- d) realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari più generali;

e) intercettare e gestire le problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia Covid 19.

5. Gli interventi previsti dalla presente legge sono integrativi e complementari a quelli previsti da altre norme regionali.

Art. 2

(Compiti dello Psicologo di base)

1. Lo Psicologo di base è inserito nel distretto sociosanitario per l'attività di assistenza psicologica primaria e opera in collaborazione con medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali.

2. Lo Psicologo di base garantisce il benessere psicologico nell'ambito della medicina di base ed opera in rapporto con i distretti sanitari e le loro articolazioni funzionali. La sua azione è vicina alle realtà di vita degli utenti, alle famiglie e alla comunità, fornisce un primo livello di assistenza psicologica, di qualità, accessibile, efficace, cost-effective e integrato con gli altri servizi sanitari. Assicura, inoltre una rapida presa in carico del paziente.

3. Allo Psicologo di base, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo), competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute. Lo Psicologo di base intercetta il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione che spesso rimangono inespressi e i bisogni di benessere psicologico ed opera prioritariamente sulle seguenti aree:

- a) problemi legati all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica);
- b) sintomatologia ansioso-depressiva;
- c) problemi legati a fasi del ciclo di vita;
- d) disagi emotivi transitori ed eventi stressanti;
- e) sostegno psicologico alla diagnosi infastidiva e alla cronicità o recidività di malattia;
- f) scarsa aderenza alla cura;
- g) richiesta impropria di prestazioni sanitarie;
- h) problematiche psicosomatiche;
- i) supporto al team dei professionisti sanitari.

4. Lo Psicologo di base assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica e di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato.

5. In caso di richiesta di assistenza psicologica inoltrata dal medico di base, dal medico di fiducia del paziente, dal pediatra di libera scelta o da altro specialista, costoro potranno avvalersi dello psicologo di base territorialmente competente.

Art. 3

(Elenchi degli Psicologi di base)

1. E' istituito l'elenco provinciale degli psicologi delle cure primarie.

2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea in psicologia;
- b) iscrizione all'Albo degli psicologi;

- c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale o regionale;
 - d) specifiche competenze e titoli, di cui all'articolo 4, comma 5;
 - e) attestato di abilitazione rilasciato dalla Regione Campania a seguito della frequenza e superamento dell'esame finale di specifico corso semestrale regolamentato dalla Giunta regionale sul tema dello psicologo di base e sulle cure primarie.
3. In fase di prima applicazione ed in attesa della realizzazione dei corsi abilitanti di cui al comma 2, lettera e), accedono all'elenco degli Psicologi di base della Regione Campania, gli psicologi e gli psicologi psicoterapeuti che documentano l'esercizio di attività almeno biennale, con qualsiasi tipo di contratto, nelle ASL, nelle Aziende Ospedaliere, negli Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) e nelle strutture convenzionate della Regione Campania. Per i candidati che presentano attestazione di struttura convenzionata è necessaria documentazione fiscale che comprova l'attività contrattualmente svolta.

Art. 4

(Organizzazione delle attività dei servizi di Psicologia di base)

1. I servizi di Psicologia di base interagiscono con i Comuni, in forma singola od associata, gli Ambiti Territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari della Regione Campania.
2. In ciascun distretto sanitario di base le attività psicologiche delle cure primarie sono erogate da almeno due Psicologi di base in sinergia con le strutture del distretto sanitario di appartenenza.
3. In ciascuna ASL il direttore dell'UO complessa di Psicologia clinica, se esistente, o il dirigente psicologo che opera nel distretto sanitario di base ha il compito di referente clinico e di coordinamento e programmazione per la psicologia di base, si interfaccia con la Regione Campania per la valutazione delle attività, delle proposte di innovazione, e sulla eventuale loro applicabilità, e per la programmazione inerente alla psicologia di base territoriale.
4. Se previsto, attraverso un accordo tra ASL ed enti locali, lo Psicologo di base può operare logisticamente anche all'interno di locali forniti dall'ente locale medesimo e tale configurazione può riguardare in particolare aree specifiche del territorio regionale.
5. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio provvedimento, definisce le specifiche competenze e titoli dello Psicologo di base.
6. I costi dell'assistenza psicologica prestata dallo Psicologo di base territoriale sono a carico del SSR e sono eventualmente integrati con le risorse dei Piani di zona. La prestazione è soggetta al pagamento di un ticket da parte del paziente, la cui esigibilità ed importo sono stabiliti dalla Giunta regionale.

Art. 5

(Verifica, monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica)

1. La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1 sono effettuati dai competenti organi del Servizio Sanitario Regionale.
2. Per le finalità previste al comma 1, gli Psicologi di base trasmettono una relazione annuale sull'attività di assistenza psicologica prestata al dirigente psicologo aziendale previsto all'articolo 4, comma 3, che provvede all'invio ai competenti servizi del SSR.
3. I servizi competenti del SSR esaminano le relazioni presentate ai sensi del comma 2 per verificare, controllare e valutare l'attività di assistenza psicologica.

Art. 6

(Osservatorio regionale)

1. La Regione Campania istituisce un organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale composto da: un dirigente psicologo per ciascuna ASL, un dirigente psicologo ospedaliero, due psicologi nominati dell'Ordine degli psicologi della Campania, due docenti universitari, un funzionario della Regione Campania con competenze e titoli in ambito psicologico, un dipendente della Regione Campania con funzioni di segreteria, un rappresentante di una società scientifica di psicologia, un rappresentante di un'organizzazione sindacale rappresentativa della categoria, un rappresentante dei medici di medicina generale e uno dei pediatri di libera scelta.
2. L'Osservatorio regionale svolge un'azione di controllo, programmazione ed indirizzo sulle attività prestate dal Psicologo di base, anche in funzione dei bisogni di salute emergenti nel territorio della Regione Campania.
3. La Giunta regionale disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione che collaborano all'esercizio della funzione di Osservatorio regionale.
4. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza e rimborsi spese.

Art. 7

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari ad euro 600.000,00 per ciascuno degli anni 2020 e 2021, si fa fronte con le risorse già attribuite alle ASL per il servizio regionale sanitario e si provvede con somme iscritte nella Missione 13, Programma 01, Titolo 01 del bilancio di previsione finanziario per il triennio 2020-2022.

Art. 8

(Modifiche alla legge regionale 7 agosto 2017, n. 25)

1. Il comma 1 dell'articolo 4 della legge regionale 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) è sostituito dal seguente:

“1. Il Garante è eletto, tra i candidati in possesso dei requisiti richiesti con apposito bando pubblico, con esperienza documentata almeno triennale nell'ambito delle politiche sociali ed educative, dal Consiglio regionale con la maggioranza dei due terzi dei voti favorevoli nelle prime due votazioni e con la maggioranza semplice nella terza votazione. Il Garante dura in carica cinque anni, indipendentemente dalla durata del Consiglio regionale e può essere rieletto una sola volta. Le funzioni del titolare sono prorogate sino all'insediamento del successore.”.

Art. 9

(Modifiche alla legge regionale 6 maggio 2013, n. 5)

1. Dopo il comma 54 dell'articolo 1 della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013) sono aggiunti i seguenti:

“54 bis. La disposizione di cui al comma 54 si interpreta nel senso che l'istituzione di dispensari farmaceutici può essere disposta unicamente qualora ricorra una delle ipotesi espressamente previste all'articolo 1 della legge 8 marzo 1968, n. 221 (Provvidenze a favore dei farmacisti rurali).

54 ter. Fatta salva l'applicazione delle sanzioni normativamente previste, i Comuni predispongono i provvedimenti di chiusura dei dispensari farmaceutici che, anche se istituiti prima dell'entrata in

vigore della presente disposizione, risultano operare senza che ricorra alcuna delle ipotesi indicate al comma 54bis.

54 quater. L'individuazione del farmacista cui affidare il dispensario farmaceutico è operata dal Comune che lo ha istituito selezionando, tra i titolari delle farmacie private o pubbliche della zona, il farmacista che, in risposta ad apposito avviso, offre il servizio più adeguato alle locali necessità di assistenza, sia in ordine alle modalità di espletamento e sia in ordine alla dotazione di medicinali. Per le modalità di espletamento, si tiene conto in particolare dell'ampiezza degli orari di apertura offerti, i quali, entro il limite minimo indicato dal Comune nell'avviso, possono essere liberamente determinati dall'offerente. Per la dotazione di medicinali, si tiene conto della dotazione offerta in aggiunta a quella minima, indicata all'articolo 1, quarto comma, ultimo periodo, della legge 221/1968. In caso di offerte equivalenti, è data preferenza al titolare della farmacia più vicina.”.

Art. 10

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

De Luca

Regolamento regionale 9 settembre 2022, n. 8.

“Regolamento regionale di attuazione della Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35 in materia di Istituzione del servizio di Psicologia di base”

La Giunta regionale

ha deliberato

Il Presidente della Giunta regionale

visto l'articolo 121, quarto comma, della Costituzione;

visto lo Statuto della Regione Campania approvato con legge regionale 28 maggio 2009, n. 6;

visto l'articolo 56 dello Statuto che disciplina la potestà regolamentare;

visto il decreto presidenziale del 4 febbraio 2011, n. 23 (Direttive generali per la definizione dell'iter procedimentale per l'emanazione dei regolamenti regionali);

vista la legge regionale 3 agosto 2020, n. 35 “Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle leggi regionali 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)”;

vista la delibera della Giunta regionale n. 332 del 28 giugno 2022;

considerato che il Consiglio regionale non si è pronunciato nel termine di cui al comma 2 dell'articolo 56 dello Statuto

Emana

il seguente Regolamento:

Art. 1

Oggetto e finalità

1. Il presente regolamento, in attuazione della Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35 “Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle leggi regionali 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)”, di seguito denominata legge regionale, disciplina:

- a) la formazione degli elenchi provinciali degli psicologi di base e la gestione degli incarichi convenzionali, di cui all'articolo 1, comma 3 della legge regionale;
- b) la definizione delle specifiche competenze e dei titoli dello psicologo di base, di cui all'articolo 4, comma 5 della legge regionale;
- c) la disciplina delle modalità organizzative e l'individuazione delle strutture regionali che collaborano all'esercizio della funzione dell'Osservatorio regionale, di cui all'articolo 6, comma 3 della legge regionale.

2. In armonia con le finalità della legge regionale, il presente regolamento promuove lo sviluppo omogeno del servizio di Psicologia di base sul territorio regionale al fine di generare un incremento di salute e di equità di accesso alle cure, un abbassamento delle soglie di accesso alle cure psicologiche e una riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Art. 2

Elenchi degli Psicologi di base

1. E' istituito presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL) del Servizio Sanitario Regionale della Campania l'elenco degli psicologi di base.

2. Ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale, possono iscriversi negli elenchi i professionisti in possesso alla data di presentazione dell'istanza dei seguenti requisiti:

- a) Diploma di Laurea (Laurea Magistrale in Psicologia (Classe LM-51 - ex D.M. 270/2004) o Laurea Specialistica in Psicologia (Classe 58/S – ex D.M. 509/1999);
- b) iscrizione all'Albo degli psicologi;
- c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale o regionale;
- d) specifiche competenze e titoli, di cui agli articoli 3 e 4;
- e) attestato di abilitazione rilasciato dalla Regione Campania a seguito della frequenza e superamento dell'esame finale di specifico corso semestrale regolamentato dalla Giunta regionale sul tema dello psicologo di base e sulle cure primarie.

3. In fase di prima applicazione ed in attesa della realizzazione dei corsi abilitanti di cui alla lettera e) del comma 2, in conformità all'articolo 3, comma 3, della legge regionale, accedono agli elenchi istituiti presso ciascuna ASL della Regione Campania gli psicologi e gli psicologi psicoterapeuti che ne fanno domanda e che documentano l'esercizio di attività almeno biennale, con qualsiasi tipo di contratto, nelle ASL, nelle Aziende Ospedaliere, negli Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) e nelle strutture convenzionate della Regione Campania. Per i candidati che presentano attestazione di struttura convenzionata è necessaria documentazione fiscale che comprova l'attività contrattualmente svolta.

Art. 3

Specifiche competenze degli Psicologi di base

1. Ai sensi dell'articolo 4, comma 5 della legge regionale, lo Psicologo di base partecipa ai servizi di assistenza territoriale e ai processi di promozione e di tutela della salute in una logica di sanità di iniziativa, opera in collaborazione con équipe multiprofessionali, attraverso servizi accessibili centrati sulla persona e sulla comunità.

2. L'attività dello Psicologo di base è volta a intercettare i bisogni di salute psicologica della persona e della collettività attraverso azioni di:

- a) promozione del benessere psicologico e degli stili di vita salutari;
- b) sostegno ai processi di adattamento nelle condizioni critiche lungo l'arco del ciclo di vita;
- c) intervento nelle condizioni di disturbi psicologici lievi e/o transitori (disturbi psicologici comuni) e/o di lievi criticità relazionali;
- d) consultazione e integrazione con i servizi specialistici nelle condizioni di esordio di disturbi psicologici o di disagio inespresso.

3. Lo Psicologo di base possiede adeguate competenze in merito alla gestione di:

- a) iniziative di promozione a livello individuale, relazionale e di comunità di stili di vita

salutari;

- b) problemi legati all'adattamento, quali elaborazione dei lutti, perdita del lavoro, separazioni, diagnosi di malattia e cronicità;
- c) problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia Covid 19;
- d) sintomatologia ansioso-depressiva;
- e) problemi legati alle fasi di transizione del ciclo di vita;
- f) condizioni di stress e disagi emotivi transitori;
- g) sostegno psicologico nelle condizioni di malattia e, in particolare, nell'adattamento alle condizioni di malattia cronica;
- h) valutazione dei processi psicosomatici e somatopsichici che regolano il rapporto tra salute e malattia;
- i) vulnerabilità psico-sociale;
- l) lavoro in équipe sanitarie multiprofessionali;
- m) richieste improprie di prestazioni sanitarie;
- n) sviluppo della relazione tra personale sanitario e utenza e gestione delle criticità;
- o) integrazione funzionale della psicologia di base con i servizi specialistici di secondo livello di salute mentale, psicologia, psicologia ospedaliera, psicoterapia e degli altri servizi sanitari e sociosanitari.

Art. 4

Titoli dello Psicologo di base

1. Ai sensi dell'articolo 4, comma 5 della legge regionale, sono considerati titoli preferenziali nell'ambito delle funzioni previste dalla legge regionale il possesso di uno dei seguenti titoli di studio post-laurea:

- a) Diploma di Scuola di specializzazione di Area Psicologica;
- b) Diploma di Specializzazione in Psicoterapia riconosciuto dal Ministero dell'Università e della Ricerca;
- c) Dottorati di ricerca in ambito psicologico;
- d) Master universitari di primo e di secondo livello in area psicologica.

2. La rilevanza del titolo è definita in ragione della sua pertinenza con la funzione da svolgere nelle seguenti aree:

- a) Psicologia della salute;
- b) Psicologia pediatrica;
- c) Psiconcologia;
- d) Psicologia sociale e applicata;
- e) Psicosomatica;
- f) Psicopatologia evolutiva;
- g) Psicopatologia dell'adulto;
- h) Psicotraumatologia;
- i) Psicologia medica;
- l) Psicologia perinatale sanitario e utenza e gestione delle criticità.

Art. 5

Procedure per l'iscrizione negli elenchi dello Psicologo di base

1. Previa indizione di avviso pubblico da parte della ASL territorialmente competente, le istanze di iscrizione negli elenchi dello Psicologo di base e la documentazione comprovante il possesso dei requisiti di cui agli articoli 2, 3 e 4 sono presentate, esclusivamente in via informatica e digitale, nelle forme previste dal Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale).
2. Il possesso dei requisiti di cui agli articoli 2, 3 e 4 è documentato:
 - a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'articolo 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) per i titoli accademici e di studio;
 - b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000, per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
 - c) i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
3. La ASL competente, previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti dalla legge regionale e dal presente regolamento, entro sessanta giorni dalla data di ricezione dell'istanza adotta il provvedimento di iscrizione oppure comunica all'interessato il provvedimento di diniego.
4. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, fatta salva ogni responsabilità, a termini di legge.
5. L'elenco e i relativi documenti sono pubblici ed è diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia.
6. La modulistica per la presentazione dell'istanza ed ogni altra indicazione tecnica sono definite con atti dirigenziali delle singole AASSLL e sono pubblicate in evidenza sul portale istituzionale delle stesse, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Art. 6

Gestione dell'elenco e degli incarichi convenzionali

1. Le singole AASSLL aggiornano l'elenco con cadenza biennale nel rispetto degli istituti contrattuali nazionali e regionali per il personale convenzionato e provvedono d'ufficio alla revisione periodica dell'elenco degli psicologi iscritti al fine della verifica della permanenza dei requisiti previsti per l'iscrizione.
2. Sono espunti dall'elenco, con provvedimento espresso del dirigente competente, i soggetti che:
 - a) presentano espressa richiesta di cancellazione;
 - b) perdono i requisiti per l'iscrizione.
3. L'avvio del procedimento di cancellazione, se non avviene ad istanza di parte, è comunicato agli interessati ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). Il termine per la conclusione del procedimento è di sessanta giorni.
4. Le singole AASSLL, nel rispetto degli istituti contrattuali nazionali e regionali per il personale convenzionato, provvedono a disciplinare il rapporto convenzionale con gli Psicologi di base, fermo restando la possibilità di ricorrere a modelli contrattuali per l'attuazione di progetti finalizzati di cui all'articolo 150cties del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), nel rispetto dei limiti

di spesa del personale previsti dalla normativa vigente.

Art. 7

Organizzazione e funzionamento dell'Osservatorio regionale

1. Ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale, è istituito l'Osservatorio regionale con funzioni di indirizzo, programmazione e controllo delle attività prestate dallo psicologo di base, anche in relazione alla predisposizione dei programmi didattici delle attività formative inerenti ai servizi di psicologia di base e al coordinamento delle stesse in raccordo con la Direzione Generale competente in materia di sanità.
2. L'Osservatorio svolge la propria attività in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e valutazione e non è sottoposto ad alcuna forma di controllo gerarchico e funzionale.
3. L'Osservatorio regionale dura in carica 3 anni ed è composto da:
 - a) un dirigente psicologo per ciascuna ASL;
 - b) un dirigente psicologo ospedaliero;
 - c) due psicologi nominati dell'Ordine degli psicologi della Campania;
 - d) due docenti universitari;
 - e) un rappresentante di una società scientifica di psicologia;
 - f) un rappresentante di un'organizzazione sindacale rappresentativa della categoria;
 - g) un rappresentante dei medici di medicina generale;
 - h) un rappresentante dei pediatri di libera scelta;
 - i) un funzionario della Regione Campania con competenze e titoli in ambito psicologico;
 - l) un dipendente della Regione Campania con funzioni di segretario.
4. Le funzioni di Presidente dell'Osservatorio sono svolte dal Direttore Generale della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Campania o suo delegato.
5. I componenti dell'Osservatorio sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale, previa istruttoria della struttura amministrativa regionale competente in materia di Tutela della Salute.
6. All'atto del primo insediamento, l'Osservatorio dispone le proprie specifiche modalità di funzionamento, nell'ottica della flessibilità e della efficacia.
7. L'Osservatorio, nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti e in relazione ai temi trattati, può essere integrato da esperti del settore, su proposta di uno dei componenti approvata da almeno la metà più uno dei membri.
8. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio è a titolo gratuito e non comporta, in alcun caso, il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza, indennità o rimborsi spese. La struttura amministrativa regionale competente in materia di Tutela della salute garantisce il necessario supporto organizzativo per l'espletamento delle funzioni e dei compiti dell'Osservatorio, nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi oneri per la finanza pubblica.
9. L'Osservatorio presenta alla Giunta regionale e al Consiglio regionale una relazione annuale sull'attività svolta. La relazione annuale è pubblicata in apposita sezione del sito istituzionale della Regione e alla stessa è data adeguata pubblicità.

Art. 8

Disposizioni transitorie

1. In sede di prima applicazione, l'Osservatorio, entro 180 giorni dalla data di insediamento, predispone il programma didattico e definisce i criteri di accesso al corso abilitante di cui all'articolo 2, comma 2, lettera e) ai fini della successiva adozione da parte della Direzione generale competente per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale.
2. In sede di prima applicazione, la Direzione generale competente per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale può adottare eventuali provvedimenti per assicurare l'uniforme applicazione della disciplina transitoria sull'intero territorio regionale e il passaggio dalla fase transitoria a quella a regime.

Art. 9

Entrata in vigore

1. Il presente Regolamento entra in vigore decorsi quindici giorni dalla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

Il presente regolamento regionale sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Campania.

De Luca

Consiglio Regionale della Puglia

Portale Ufficiale

Giovedì 10 Ottobre 2024

[Home](#) | [Mappa](#) | [Aiuto alla navigazione](#) | [Crediti](#) | [Ubicazione](#) | [Sito della Regione Puglia](#) | [RSS](#)

Informazione legislativa e giuridica

Codice delle Leggi

a cura della [Sezione Affari e Studi Giuridici e Legislativi](#) [Ritorna alla lista](#) | [Nuova ricerca](#)

Legge Vigente

Anno	2020
Numero	21
Data	07/07/2020
Abrogato	<input type="checkbox"/>
Materia	Sanità
Titolo	Istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie"
Note	La Corte Costituzionale con sentenza 12 maggio - 8 luglio 2021, n. 142 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 2, comma 3, della legge della Regione Puglia 7 luglio 2020, n. 21.
Allegati	Allegato LR n. 21- 2020 .pdf

Art. 1

Finalità e istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie

1. La Regione Puglia nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, in coerenza con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), la legge 11 gennaio 2018, n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute), del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), istituisce il servizio di psicologia di base e delle cure primarie, a titolo di sperimentazione per una durata annuale.

Art. 2

Organizzazione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie

1. Il servizio di psicologia di base e delle cure primarie è inserito nel distretto socio sanitario per l'attività di assistenza primaria territoriale ed è collocato all'interno della unità operativa cure primarie; lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie svolge funzioni di coordinamento e programmazione per la psicologia territoriale nei presidi territoriali di assistenza (PTA), per i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e delle reti.

2. Lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie svolge funzioni di coordinamento e programmazione per la psicologia territoriale nell'ambito delle strutture sanitarie territoriali afferenti al distretto

sociosanitario (poliambulatori, consultori, PTA, servizi domiciliari, ospedali di comunità) in collaborazione con la medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali).

3. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, il piano triennale di fabbisogni del personale delle aziende sanitarie locali (ASL) deve prevedere il dirigente psicologo per la programmazione e la valutazione delle nuove attività, nell'ambito del personale a tempo determinato.*

4. Presso l'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale (AReSS) viene istituito il coordinamento regionale dei dirigenti psicologi delle singole ASL, con lo scopo di avanzare nuovi modelli organizzativi innovativi e verificare la eventuale loro applicabilità. Tale organismo, costituito da un dirigente psicologo per ciascuna ASL e integrato con la presenza di due rappresentanti designati dall'Ordine regionale professionale degli psicologi e di due rappresentanti designati dai dipartimenti universitari corrispondenti, definisce linee guida rispetto alle problematiche prioritarie.

5. Lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie, esercita le funzioni cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo) in accordo con i servizi aziendali competenti, ai fini della riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione, promozione alla salute, nonché dell'attivazione della rete sociale come previsto dai livelli essenziali di assistenza.

6. In caso di richiesta di assistenza psicologica avanzata dalla rete territoriale di prossimità al medico di base o al medico di fiducia del paziente o al pediatra di libera scelta, questi potranno avvalersi dello psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie territoriale competente.

7. Lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica, di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato.

8. Laddove previsto, attraverso un accordo tra ASL ed enti locali, lo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie può operare logisticamente anche all'interno di locali forniti dall'ente locale medesimo.

* La Corte Costituzionale con sentenza 12 maggio - 8 luglio 2021, n. 142 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 2, comma 3, della legge della Regione Puglia 7 luglio 2020, n. 21.

Art. 3 Verifica monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica

1. All'AReSS compete la verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1.

2. Con la deliberazione di Giunta regionale di cui all'articolo 5 viene istituito apposito servizio per l'esercizio delle funzioni previste dal comma 1.

3. Ai fini delle valutazioni di cui al comma 1, gli psicologi del servizio di psicologia di base e delle cure primarie sono tenuti a trasmettere al dirigente psicologo individuato dalla propria ASL, una relazione annuale sull'attività di assistenza psicologica prestata, che il dirigente psicologo di cui all'articolo 2, comma 3 invia ai competenti servizi del Sistema sanitario regionale.

4. I servizi competenti dell'AReSS esaminano le relazioni presentate ai sensi del comma 3 al fine di verificare, controllare e valutare l'attività di assistenza psicologica e la coerenza della stessa con gli obiettivi definiti.

Art. 4 Istituzione Osservatorio regionale

1. La Regione Puglia d'intesa con l'Ordine professionale degli psicologi, con le associazioni scientifiche di psicologia, con i dipartimenti a cui afferiscono corsi di studio di laurea in psicologia presenti nelle università pugliesi, con il coordinamento regionale dei medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, istituisce presso l'AReSS, un organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale.

2. La Giunta regionale, su proposta della Sezione Strategia e governo dell'offerta del Dipartimento regionale promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, con proprio atto deliberativo disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione Puglia chiamate a collaborare all'esercizio della funzione di Osservatorio regionale.

3. L'Osservatorio regionale, sulla base delle relazioni trasmesse dal servizio istituito presso l'AReSS riferite all'attività prestata dallo psicologo del servizio di psicologia di base e delle cure primarie su tutto il territorio regionale, individua i bisogni di salute emergenti nel territorio della regione Puglia.

4. All'Osservatorio regionale partecipano i dirigenti psicologi di cui all'articolo 2, comma 4.

5. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza e rimborsi spese.

Art. 5

Disposizioni transitorie ed attuative

1. In fase di prima applicazione della presente legge si prevede la presenza di nove psicologi del servizio di psicologia di base e delle cure primarie nelle ASL.

2. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio provvedimento definisce le relative specifiche modalità di attuazione.

Art. 6

Norma finanziaria

1. Per l'attuazione della presente legge, nell'ambito della missione 13, programma 2, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2020, in termini di competenza e cassa, di euro 750.mila.

2. Agli oneri derivanti dalla presente legge è stata data copertura finanziaria nell' articolo 4 comma 1 lettera c) della [legge regionale 30 dicembre 2019.n. 55](#) (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2020 e bilancio pluriennale 2020-2022 della Regione Puglia (Legge di stabilità regionale 2020).

Art. 7

Clausola valutativa

1 La Giunta regionale rende conto periodicamente al Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati da essa ottenuti in termini di miglioramento dell'assistenza e di promozione del benessere psicofisico della comunità in campo sanitario.

2. A tal fine, la Giunta regionale presenta annualmente alla Commissione consiliare competente una relazione, che fornisce le seguenti informazioni:

- a) andamento delle richieste di prestazioni per analisi, esami strumentali e visite specialistiche;
- b) andamento delle prescrizioni farmaceutiche e di procedure diagnostiche;
- c) esiti dell'attività di monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica di cui all'articolo 3;
- d) esiti delle attività dell'Osservatorio di cui all'articolo 4.

La presente legge è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1 della [L.R. 12/05/2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia".

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Proposta di legge regionale 24 gennaio 2022, n. 183

"Istituzione della figura dello psicologo di base territoriale"

Art. 1.

(Finalità e istituzione della figura dello Psicologo di Base territoriale)

1. La Regione Piemonte, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione allo scopo di garantire al singolo, alla coppia ed alla sua famiglia le prestazioni sanitarie di cui alla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" e al decreto legislativo n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche e integrazioni, istituisce la figura dello Psicologo di Base territoriale (PdB) del ruolo sanitario a rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), ai sensi dell'art.12 del Decreto Legge n. 35 del 30 aprile 2019, convertito con Legge n. 60 del 25 giugno 2019.

Art. 2.

(Individuazione dei compiti dello Psicologo di Base territoriale)

1. Lo Psicologo di Base territoriale (PdB) è inserito nel Distretto Socio Sanitario per l'attività di assistenza primaria territoriale affiancando medici di famiglia, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali e perseguendo la prevenzione e promozione del benessere individuale e della collettività.

2. Viene istituita la figura di un Dirigente Psicologo dipendente per ogni Azienda Sanitaria, con compiti di referente clinico, coordinamento, e programmazione per la psicologia di base territoriale. Il Dirigente Psicologo referente si colloca come interfaccia con la Regione Piemonte per la valutazione delle attività, delle proposte di innovazione e sulla eventuale loro applicabilità, discute e concorda la programmazione inherente alla psicologia di base territoriale. Al Dirigente Psicologo referente, faranno capo gli Psicologi di Base territoriali (PdB).

3. Lo Psicologo di Base territoriale (PdB), come descritto nell'art. 2 comma 1, opera in collaborazione con la medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) attraverso compiti di cura primaria:

a) identifica precoce mente le problematiche emotive a carattere evolutivo;

b) procede all'inquadramento psicodiagnostico;

c) gestisce i problemi di adattamento che caratterizzano il normale ciclo della vita che in taluni soggetti possono essere fonte di importante disagio se non tempestivamente accolti. Tale disagio, se ignorato o non correttamente supportato, potrebbe essere trattato farmacologicamente, convertirsi in un disagio somatico e trasformarsi in una possibile psicopatologia.

4. Lo Psicologo di Base territoriale (PdB) che assume in carico la richiesta di

assistenza, sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica, di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato.

5. Lo Psicologo di Base territoriale (PdB) deve redigere relazione annuale da trasmettere al Psicologo di Base territoriale referente.

6. L'intervento dello Psicologo di Base territoriale deve essere:

- a) gratuito;
- b) di breve durata;
- c) focale;
- d) facilmente accessibile;
- e) eventualmente indirizza e accompagna verso altre forme di presa in carico.

7. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dalla approvazione della presente legge, con proprio provvedimento definisce le specifiche competenze e titoli dello Psicologo di Base territoriale.

Art. 3.

(Istituzione degli elenchi provinciali degli psicologi di base territoriali)

1. Viene istituito l'elenco provinciale degli Psicologi di Base territoriale (PdB).
2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) Laurea in psicologia;
 - b) Iscrizione all'Albo degli psicologi;
 - c) Assenza di rapporti di lavoro dipendente con le strutture del Servizio Sanitario nazionale e Regionale;
 - d) Specifiche competenze e titoli, di cui al comma 7 dell'articolo 2.

Art. 4.

(Verifica, monitoraggio e controllo qualitativo dell'assistenza psicologica)

1. La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1 sono effettuati dai competenti organi del Servizio Sanitario Regionale. I servizi competenti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) esaminano le relazioni presentate ai sensi del comma 5 ART. 2 al fine di verificare, controllare e valutare l'attività di assistenza psicologica.

Art. 5.

(Istituzione dell'Osservatorio regionale)

1. La Regione Piemonte d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere (A.O.), le Aziende Ospedaliere Universitarie (A.O.U.) con i Comuni, con l'Ordine professionale degli Psicologi, con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta, con le Associazioni Scientifiche di Psicologia, con l'Università di

Psicologia, le Scuole di specializzazione in Psicoterapia, istituisce un Organismo Indipendente con funzioni di Osservatorio Regionale.

2. L'Osservatorio Regionale svolge un'azione di controllo, programmazione ed indirizzo.
3. Rappresentanti degli Psicologi provenienti dalle diverse aree professionali (Servizi Distrettuali di Salute Mentale, Età Evolutiva, Consultori Familiari, Disabilità, Psicologia Ospedaliera, Psicologia dell'Anziano) possono partecipare, in qualità di componenti, all'Osservatorio Regionale.
4. La Giunta Regionale disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione chiamate a collaborare gratuitamente all'esercizio della funzione di Osservatorio Regionale.

Art. 6.

(Norma finanziaria)

1. Alla copertura degli oneri finanziari derivanti dall'attuazione della presente legge, stimati in euro 750.000,00 per ciascuno degli anni 2022 e 2023, si provvede mediante l'istituzione di appositi capitoli nell'ambito della missione 13 (Tutela della salute), programma 13.01 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA), titolo 1 (Spese correnti) del bilancio di previsione finanziario 2021-2023.
2. L'Osservatorio regionale di cui all'articolo 5 non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Art. 7.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

SUPPLEMENTO SPECIALE DEL BOLLETTINO UFFICIALE

PER LA CONSULTAZIONE DELLA SOCIETÀ REGIONALE

Iniziative legislative, regolamentari, amministrative di rilevante importanza

Pubblicazione ai sensi dell'articolo 50 "Iniziativa legislativa" dello Statuto della Regione Emilia-Romagna

XI legislatura

N. 18

20 ottobre 2020

PROGETTO DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI PELLONI, BERGAMINI, BARGI, FACCI, MARCHETTI Daniele, STRAGLIATI, OCCHI, RANCAN, POMPIGNOLI, RAINIERI, DELMONTE, MONTE-VECCHI, LIVERANI, CATELLANI

ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DI BASE

Oggetto assembleare n. 1767

Relazione

La pandemia Covid-19 ha aggravato la situazione di disagio psicologico nella società. Secondo le più recenti stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la popolazione colpita da depressione, anche per effetto della pandemia, è passata dal 6% al 13%. In Italia il trend non è dei migliori: sette milioni di cittadini tra i 15 e i 74 anni (il 15,1% della popolazione) fanno uso di psicofarmaci e l'emergenza non può di certo dirsi conclusa.

In questa ottica occorre chiedersi cosa è necessario fare per favorire il benessere e quali decisioni assumere per perseguire saggiamente la tutela della salute e l'appropriatezza delle cure alla persona. La letteratura internazionale dimostra l'efficacia di modelli di intervento più avanzati, che prevedono la presa in carico del paziente su più livelli. Se si considera la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" (OMS), la prevenzione, la Medicina del territorio, l'alta specializzazione, soprattutto il trattamento del disagio psicologico sociale e l'umanità delle cure vanno individuati come gli ambiti prioritari in cui collocare le risorse per rilanciare una sanità qualitativamente di buon livello. Ne consegue un forte investimento sulla professionalità dello Psicologo come condizione importante per compiere una scelta in questa direzione.

La Psicologia sanitaria mira, infatti, a individuare e valutare i fattori psicologici che motivano certi comportamenti o atteggiamenti disfunzionali per la salute e la cura della persona e, conseguentemente, ad attivare adeguate strategie di cambiamento. Tende cioè a sviluppare consapevolezza, risorse ed abilità per aiutare gli individui e le comunità a riorganizzare funzionalmente atteggiamenti, comportamenti e stili di vita. In questo contesto risultano rilevanti il ruolo e le funzioni dello Psicologo di base: figura professionale caratterizzata dal legame con il territorio e dalla stretta collaborazione con la Medicina di base.

Lo Psicologo di base, utilizzando le competenze proprie della Professione, intercetta una domanda diffusa, solo a volte esplicita, collegata a condizioni di disagio non sempre connotate patologicamente, oppure sintomatologie organiche che tradiscono un'origine psichica. Ricordiamo due esperienze europee piuttosto note, realizzate in Olanda da Psicologi che operano nelle

Cure Primarie e in Gran Bretagna dagli Psicoterapeuti del progetto “Improving Access to Psychological Therapies” (IAPT). Nel primo caso è maggiormente evidente l’analogia allo Psicologo di base, così come sta emergendo dalla discussione in corso, mentre nel secondo caso il progetto si definisce più tradizionalmente come trattamento psicoterapeutico dei disturbi psichiatrici riferibili essenzialmente ad ansia e sindromi depressive. In Gran Bretagna il progetto ha coinvolto 6.000 Psicoterapeuti per terapie brevi (Clark, 2011) indirizzate a circa 600.000 persone, con un risparmio verificato di 272 milioni di sterline nel sistema sanitario pubblico.

In Italia il progetto iniziale relativo allo Psicologo di base è stato proposto dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell’Università di Roma “La Sapienza”, i cui allievi, durante il percorso formativo, svolgono attività volontaria di tirocinio all’interno degli ambulatori della Medicina di base, con buoni risultati. Oltre a rendere più completa l’offerta verso l’utenza, l’affiancamento dello Psicologo al Medico di base consente di rileggere i sintomi medici attraverso una nuova lente e di distinguere chi ha bisogno di specifiche cure mediche da chi invece necessita di approfondimento psicologico.

La sperimentazione effettuata ha dimostrato come l’integrazione del Medico di base con lo Psicologo produca un risparmio fino al 31% della spesa farmaceutica e, nel contempo, aiuti a prevenire e risolvere molti problemi di salute, con vantaggi sia per il paziente, sia per il SSN (minori spese per visite specialistiche, esami, farmaci...), sia per lo stesso Medico di base (riduzione del suo carico di lavoro).

In Italia purtroppo non è stata ancora varata una legge che preveda l’istituzione della figura dello Psicologo di base all’interno del SSN, seppure una prima proposta in tal senso sia stata depositata in Parlamento già nel 2010.

Negli anni, diverse Regioni hanno attivato percorsi di presa in carico che vedono una collaborazione strutturale tra medico e psicologo.

Finalmente, negli scorsi mesi, sono state approvate due leggi regionali tese ad istituzionalizzare tale figura, la prima dalla Regione Campania (L.R. 3 agosto 2020, n. 35), la seconda dalla Regione Puglia (L.R. 7 luglio 2020, n. 21).

In Emilia-Romagna sono presenti da diversi anni alcune iniziative di collaborazione tra psicologi e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, oggi è però necessario superare l’estemporaneità delle singole esperienze, per questa ragione la presente legge si propone di arrivare ad istituzionalizzare questo percorso istituendo anche nella nostra Regione lo psicologo delle cure primarie per garantire una presa in carico ed un’assistenza globale e continuativa nel tempo.

La figura dello Psicologo di base, così come emerge dalla discussione in atto, trova specifica collocazione all’interno del Sistema Sanitario Nazionale differenziandosi da quella dello Psicologo del territorio. Esistono chiare aree di sovrapposizione tra le problematiche affrontate dallo Psicologo di base e quelle di competenza dello Psicologo del territorio. Le due figure comunque si differenziano, oltre che per le istituzioni cui afferiscono, per la specificità dei loro interventi: prevalentemente clinico la prima, più sul versante sociale e assistenziale la seconda.

Allo Psicologo di base vanno attribuite funzioni di prima risposta e di filtro delle richieste di salute e di benessere più comuni e la messa in atto di interventi in grado di rispondere ai bisogni psicologici della popolazione nell’obiettivo della promozione della salute.

La sua attività clinica dovrebbe rivolgersi quindi alle persone che, per situazioni legate al contesto di vita, potrebbero sviluppare disturbi sanitari importanti qualora il disagio presentato non venisse accolto e preso in carico nell’immediato. In tale prospettiva lo Psicologo concorrerebbe a favorire il passaggio dal cosiddetto “modello malattia”, in cui la persona è considerata in base alla diagnosi che ne individua le patologie da trattare, al “modello salute”, in cui, andando oltre la distinzione tra “malati” e “sani”, la persona viene aiutata a migliorare il suo atteggiamento nei confronti delle esperienze di vita. L’intervento, perciò, dovrebbe essere breve, rapido e facilmente accessibile.

Lo Psicologo di base, figura a nostro avviso da inserire nei Dipartimenti di Cure Primarie, potrebbe essere reperito nell’ambito della specialistica ambulatoriale e svolgere, in rapporto convenzionale Con il SSR, un congruo numero di ore/settimana valutato in rapporto al numero di abitanti afferenti al distretto.

Collocato nelle Case della Salute, in stretta collaborazione con il Medico di base e il Pediatra di libera scelta, attraverso interventi soprattutto di counseling psicologico rivolti al singolo, alla coppia o alla famiglia, potrebbe svolgere i compiti di:

- a) intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;
- b) intercettare i bisogni di benessere psicologici che spesso rimangono inespressi dalla popolazione;
- c) organizzare e gestire l’assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura;
- d) realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari più generali;
- e) intercettare e gestire le problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia Covid 19.

PROGETTO DI LEGGE

Articolo 1

Finalità ed istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie

1. La Regione Emilia-Romagna, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione, per garantire al singolo, alla coppia ed alla sua famiglia le prestazioni sanitarie di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), istituisce a sostegno dei bisogni assistenziali emersi a seguito del Covid 19 il servizio di Psicologia di base, ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 3 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

2. Il servizio di Psicologia di base ha la finalità di sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini emiliano-romagnoli.

3. Il servizio di Psicologia di base è realizzato da ciascuna Azienda Unità sanitaria locale (Azienda USL) a livello di distretto sanitario così come definito dall'articolo 4 della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29. Detto servizio è svolto da psicologi liberi professionisti a rapporto convenzionale denominati di seguito Psicologi di base. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamento disciplina la formazione dell'elenco regionale e la gestione degli incarichi convenzionali.

4. Il servizio di psicologia di base è finalizzato a:

- a) intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;
- b) intercettare i bisogni di benessere psicologico che spesso rimangono inespressi dalla popolazione;
- c) organizzare e gestire l'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura;
- d) realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari più generali;
- e) intercettare e gestire le problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia Covid 19.

5. Gli interventi previsti dalla presente legge sono integrativi e complementari a quelli previsti da altre norme regionali.

Articolo 2

Compiti dello Psicologo di base

1. Lo Psicologo di base è inserito nel distretto sanitario per l'attività di assistenza psicologica primaria e opera in collaborazione con medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali.

2. Lo Psicologo di base garantisce il benessere psicologico nell'ambito della medicina di base ed opera in rapporto con i distretti sanitari. La sua azione è vicina alle realtà di vita degli utenti, alle famiglie e alla comunità, fornisce un primo livello di assistenza psicologica, di qualità, accessibile, efficace e integra-

to con gli altri servizi sanitari. Assicura, inoltre una rapida presa in carico del paziente.

3. Allo Psicologo di base, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo), competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute. Lo Psicologo di base intercetta il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione che spesso rimangono inespressi e i bisogni di benessere psicologico ed opera prioritariamente sulle seguenti aree:

- a) problemi legati all'adattamento (litti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica);
- b) sintomatologia ansioso-depressiva;
- c) problemi legati a fasi del ciclo di vita;
- d) disagi emotivi transitori ed eventi stressanti;
- e) sostegno psicologico alla diagnosi infausta e alla cronicità o recidività di malattia;
- f) scarsa aderenza alla cura;
- g) richiesta impropria di prestazioni sanitarie;
- h) problematiche psicosomatiche;
- i) supporto al team dei professionisti sanitari.

4. Lo Psicologo di base assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica e di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato.

5. In caso di richiesta di assistenza psicologica inoltrata dal medico di base, dal medico di fiducia del paziente, dal pediatra di libera scelta o da altro specialista, costoro potranno avvalersi dello psicologo di base territorialmente competente.

Articolo 3

Elenchi degli Psicologi di base

1. È istituito l'elenco regionale degli psicologi delle cure primarie.

2. Possono essere iscritti negli elenchi di cui al comma 1 i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea in psicologia;
- b) iscrizione all'Albo degli psicologi;
- c) assenza di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale o regionale;
- d) specifiche competenze e titoli, di cui all'articolo 4, comma 5;
- e) attestato di abilitazione rilasciato dalla Regione Emilia-Romagna a seguito della frequenza e superamento dell'esame finale di specifico corso semestrale regolamentato dalla Giunta regionale sul tema dello psicologo di base e sulle cure primarie.

3. In fase di prima applicazione ed in attesa della realizzazione dei corsi abilitanti di cui al comma 2, lettera e), accedono all'elenco degli Psicologi di base della Regione Emilia-Romagna, gli psicologi e gli psicologi psicoterapeuti che documentano l'esercizio di attività almeno biennale, con qualsiasi tipo di contratto, nelle Aziende USL, nelle Aziende Ospedaliere, negli Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) e nelle strutture convenzionate della Regione Emilia-Romagna. Per i candidati che presentano attestazione di struttura convenzionata è necessaria documentazione fiscale che comprova l'attività contrattualmente svolta.

Articolo 4*Organizzazione delle attività dei servizi
di Psicologia di base*

1. I servizi di Psicologia di base interagiscono con i Comuni, in forma singola od associata, gli Ambiti Territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari della Regione Emilia-Romagna.
2. In ciascun distretto sanitario le attività psicologiche delle cure primarie sono erogate da almeno tre Psicologi di base in sinergia con le strutture del distretto sanitario di appartenenza.
3. In ciascuna Azienda USL il direttore dell'UO complessa di Psicologia clinica, se esistente, o il dirigente psicologo che opera nel distretto sanitario di base ha il compito di referente clinico e di coordinamento e programmazione per la psicologia di base, si interfaccia con la Regione Emilia-Romagna per la valutazione delle attività, delle proposte di innovazione, e sulla eventuale loro applicabilità, e per la programmazione inerente alla psicologia di base territoriale.
4. Se previsto, attraverso un accordo tra Aziende USL ed enti locali, lo Psicologo di base può operare logisticamente anche all'interno di locali forniti dall'ente locale medesimo e tale configurazione può riguardare in particolare aree specifiche del territorio regionale.
5. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio provvedimento, definisce le specifiche competenze e titoli dello Psicologo di base.
6. I costi dell'assistenza psicologica prestata dal Psicologo di base territoriale sono a carico del SSR e sono eventualmente integrati con le risorse dei Piani di zona. La prestazione è soggetta al pagamento di un ticket da parte del paziente, la cui esigibilità ed importo sono stabiliti dalla Giunta regionale.

Articolo 5*Verifica, monitoraggio e controllo qualitativo
dell'assistenza psicologica*

1. La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata in attuazione dell'articolo 1 sono effettuati dai competenti organi del Servizio Sanitario Regionale.
2. Per le finalità previste al comma 1, gli Psicologi di base trasmettono una relazione annuale sull'attività di assistenza psicologica prestata al dirigente psicologo aziendale previsto all'articolo 4, comma 3, che provvede all'invio ai competenti servizi del SSR.
3. I servizi competenti del SSR esaminano le relazioni presentate ai sensi del comma 2 per verificare, controllare e valutare

l'attività di assistenza psicologica.

Articolo 6*Osservatorio regionale*

1. La Regione Emilia-Romagna istituisce un organismo indipendente con funzioni di Osservatorio regionale composto da: un dirigente psicologo per ciascuna Azienda USL, un dirigente psicologo ospedaliero, due psicologi nominati dell'Ordine degli psicologi dell'Emilia-Romagna, due docenti universitari, un funzionario della Regione Emilia-Romagna con competenze e titoli in ambito psicologico, un dipendente della Regione Emilia-Romagna con funzioni di segreteria, un rappresentante di una società scientifica di psicologia, un rappresentante di un'organizzazione sindacale rappresentativa della categoria, un rappresentante dei medici di medicina generale e uno dei pediatri di libera scelta.
2. L'Osservatorio regionale svolge un'azione di controllo, programmazione ed indirizzo sulle attività prestate dal Psicologo di base, anche in funzione dei bisogni di salute emergenti nel territorio della Regione Emilia-Romagna.
3. La Giunta regionale disciplina le modalità organizzative e individua le strutture della Regione che collaborano all'esercizio della funzione di Osservatorio regionale.
4. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza e rimborsi spese.

Articolo 7*Norma finanziaria*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari ad euro 500.000,00 per l'anno 2020, si fa fronte con le somme iscritte nella Missione 20, Programma 03, Titolo 01 del bilancio di previsione finanziario per il triennio 2020-2022.
2. Per gli esercizi successivi al 2020 agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si fa fronte nell'ambito delle autorizzazioni di spesa annualmente disposte dalla legge di approvazione del bilancio ai sensi di quanto previsto dall'articolo 38 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

Articolo 8*Entrata in vigore*

La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (BURERT).