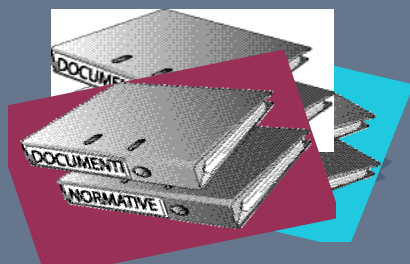


# Documenti

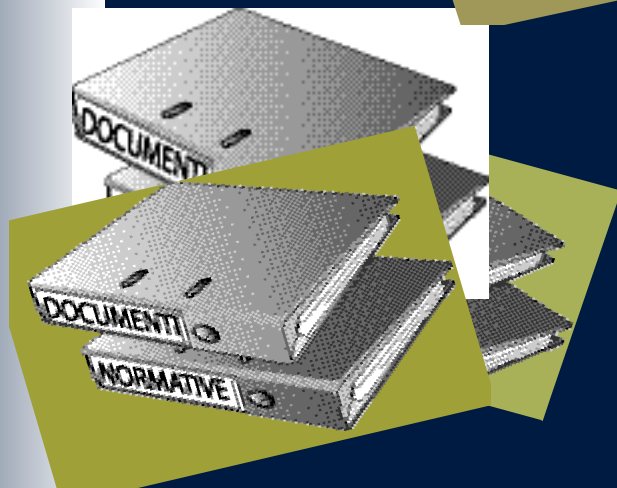
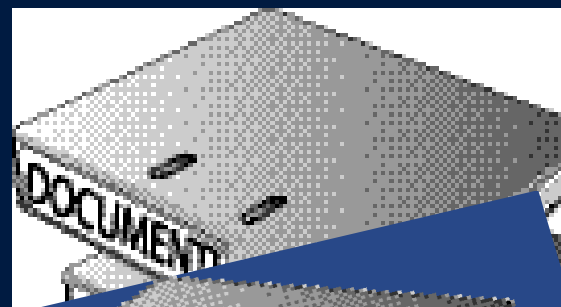
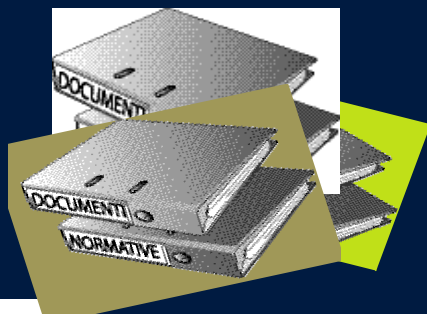


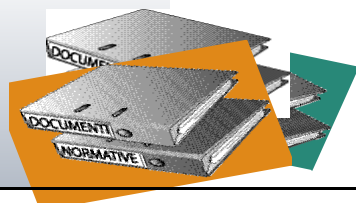
Riformare il S.S.N.

Per un Servizio Sanitario Nazionale equo e solidale:  
un impegno comune per un obiettivo condiviso

Effetti del procedimento penale sul rapporto di lavoro

Dalla Legge Finanziaria 2005:  
commi 95, 96, 97, 98 (assunzione del personale pubblico e sanitario  
e risparmi previsti nel settore) e dal comma 164 al 188





## RIFORMARE IL S.S.N.

*Tutti i sindacati dei medici, nonché quelli degli altri dirigenti del ruolo sanitario, vogliono riformare l'attuale S.S.N.*

*A tal fine una Commissione di lavoro, di cui ho fatto parte, ha predisposto un documento, sotto forma di decalogo, in cui sono elencati i principi e criteri a cui dovrebbe ispirarsi il Legislatore nel nuovo processo riformatore.*

*Tale documento, vero "manifesto-proposta", è stato presentato alla Stampa nel corso di una specifica conferenza, convocata in Roma il 1° dicembre 2004 nei locali messi gentilmente a disposizione dall'ENPAM.*

*Qui di seguito vengono integralmente pubblicati:*

1. L'intervento di presentazione alla Stampa, tenuto dal sottoscritto, con particolare riferimento ai punti 3, 5 e 7 del documento.
2. Il "manifesto-proposta" unitario dei sindacati, che si compone a sua volta della "Premessa" e della "Proposta" vera e propria.

*Faccio notare, infine, come siano numerose le assonanze tra il recentissimo "manifesto-proposta" intersindacale e le "Proposte per un nuovo servizio sanitario", che la CIMO-ASMD ha elaborato e pubblicato (il cosiddetto "libretto azzurro") nel luglio 2001.*

*Certo il documento intersindacale è più sintetico, meno caratterizzato e meno approfondito del nostro documento di proposte, tuttavia non si può negare come anche quest'ultima iniziativa concorra a promuovere una rivisitazione, necessaria ed urgente, della attuale disciplina di legge in materia sanitaria, e normative collegate.*

Carlo Sizia

### 1. Presentazione alla Stampa

Cari Giornalisti, ho il compito di facilitarVi la lettura dei punti 3, 5 e 7 del documento, che si inseriscono armonicamente in un manifesto-proposta assolutamente coerente e unitario, che sarà ben difficile etichettare, per svilarne i significati, secondo le vecchie categorie di "filogovernativo o antigovernativo", o "di sinistra o di destra", ecc.

Il punto 3 prevede una partecipazione economica degli utenti ai costi delle prestazioni sanitarie godute. Sono tuttavia necessarie, per rendere un tale provvedimento "equo":

- delle **premesse indispensabili**, cioè che il servizio sanitario pubblico sia adeguatamente finanziato e funzioni correttamente in termini di efficienza e qualità;
- delle **esclusioni inevitabili**, vale a dire gli affetti da patologie cronico-invalidanti, gli invalidi accertati, gli addetti ad attività sicuramente usuranti, i soggetti ricompresi nelle campagne di prevenzione, ecc., così come i cittadini con redditi inferiori ad un limite minimo predefinito;
- delle **precise modalità** per la compartecipazione economica stessa: avere cioè carattere minimale per i non esenti, ma essere generalizzata, per non compromettere, da un lato, le attività di prevenzione individuale nelle persone sane, ma da risultare utile, dall'altro, a prevenire un approccio consumisti-

co ai servizi sanitari.

Questa proposta si inserisce nella nuova cultura dei rapporti medico-paziente e utente-struttura, che vuole il cittadino diretto responsabile delle scelte che attengono alla propria salute (responsabilità, quindi, sia come deterrente rispetto alla esclusione della persona, sia rispetto ad eventuali abusi nell'approccio al Servizio).

I sindacati dei medici e della dirigenza sanitaria non aprono invece ad ipotesi di assistenza indiretta (pagamento anticipato delle prestazioni, con successivo rimborso, totale o parziale, da parte del sistema) perché la riterrebbero provocatoria rispetto all'universalità dell'accesso, principio fondante di ogni vero sistema sanitario pubblico.

Ecco quindi come per realizzare la governabilità economica del sistema occorrono un ventaglio di interventi complementari: adeguato finanziamento pubblico; tickets moderatori; educazione sanitaria (anche scolastica) della popolazione; educazione e formazione permanente degli operatori; evitare (sul piano organizzativo) sprechi e/o duplicazioni di servizi; prevenire e punire (sul piano gestionale) ogni forma di interesse partigiano o, peggio, di corruzione, ecc.

Il punto 5 fa riferimento al pluralismo dell'offerta sanitaria. Come si è dimostrata velleitaria e antistorica l'ambizione della egemonia pubblica nella Sanità, così i sindacati medici e della dirigenza sanitaria non vogliono neppure che si ipotizzino privilegi per la sanità privata, o privato-assicurativa, ma credono fermamente che l'offerta sanitaria debba essere libera e di qualità.

A tal fine, per dare concretezza alla centralità del cittadino, occorre consentirgli una effettiva libertà di scelta: ciò è possibile solo all'interno di un sistema di autorizzazione-accreditamento delle strutture e dei professionisti gestito dalle Regioni, che garantisca l'efficienza e la qualità delle prestazioni.

Le strutture pubbliche e private che rispettino gli standards strutturali, organizzativi e di qualità, indicati dallo Stato e dalle Regioni, devono essere autorizzate e accreditate: si potranno così erogare prestazioni sicure e certificate, ma solo quelle strutture che accetteranno il sistema delle tariffe predefinite, potranno "convenzionarsi" col sistema sanitario regionale, attraverso specifici contratti di fornitura, per proporsi al mercato sanitario pubblico (competizione regolata, non selvaggia). Le Regioni possono così regolare l'offerta sanitaria (espressa in volumi di attività) in rapporto alle risorse complessivamente disponibili.

Pur non citando espressamente il problema delle "code" nell'accesso alle prestazioni sanitarie (specie quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle visite specialistiche), è evidente che i sindacati medici hanno ben presente come il fenomeno sia un "termometro" di sicura disfunzione del servizio, rappresentando un ingiusto "contingentamento di fatto" nell'erogazione delle prestazioni.

Le cause delle "code" sono molteplici (carenze strutturali, di finanziamento, di organizzazione, di personale, ecc.), tuttavia le OO.SS. mediche e della dirigenza sanitaria sanno bene come una cattiva organizzazione della libera professione possa anch'essa contribuire ad un aggravamento del fenomeno.

Perciò, pur rivendicando e ribadendo con forza il diritto categoriale alla libera professione (che va di pari passo con le maggiori libertà e offerte di servizi per i cittadini), riconoscono, con grande senso di responsabilità, come occorra prestare attenzione a conflitti di interessi e incompatibilità in tale ambito,

vale a dire la libera professione per i medici ed i dirigenti sanitari: non deve risultare oggettivamente incompatibile per ragioni di illecita concorrenza con la struttura di appartenenza o con le più specifiche competenze di altri Colleghi; di conflitto con i propri impegni di lavoro (come definiti pattizialmente); di contrasto con la disciplina regionale in materia. Come OO.SS. guardiamo un po' sorprese alla mancata attuazione dell'art. 72, c. 9, della legge 448/98 (Governo D'Alema; Ministro della Sanità: Bindi), che prevedeva un Regolamento in materia di libera professione dei dirigenti del ruolo sanitario (a rapporto esclusivo o in extramoenia) anche al fine di: "evitare conflitti di interesse e attività contrarie ai principi di tutela della concorrenza", ovvero (per gli extramoenisti) "il divieto di rendere prestazioni professionali, anche di natura occasionale e periodica, a favore o all'interno di strutture pubbliche o private accreditate".

Il punto 7 è quello che ha più riferimenti in materia di ordinamento del personale, selezione, contrattualità e diritti sindacali, per i medici e la dirigenza sanitaria in genere. Consentite che sia io a farli che, per età e ragioni di salute, sono forse più vicino agli utenti dei servizi sanitari pubblici, che agli operatori stessi e ai loro sindacati.

Ed allora nella revisione della legislazione sanitaria, e normative collegate, bisogna predisporre strumenti che garantiscano:

- una selezione oggettiva e meritocratica del personale medico e dirigente sanitario, e un doveroso riconoscimento della produttività nel lavoro (gli attuali eccessi di discrezionalità e di direzione monocratica nella gestione del personale, associati alla carenza di risorse, impediscono del tutto questi risultati);
- i rinnovi dei contratti e delle convenzioni secondo tempi fisiologici e benefici economici parametrati sull'inflazione reale patita dai lavoratori (nell'attuale andazzo, negli ultimi 14 anni, per soli 2,5 anni, cioè il 17,8% del periodo, i medici dipendenti hanno lavorato in presenza di un contratto nella pienezza della sua vigenza giuridico-normativa; quando verrà rinnovato il quadriennio normativo 2002-2005 di area medica, e saranno pagati i benefici del 1° biennio economico 2002-2003, verosimilmente nella seconda metà del 2005, non avremo un euro per interessi e rivalutazione al fine di compensare l'indebito ritardo, come non abbiamo avuto né una lira, né una frazione di euro, di indennità di vacanza contrattuale. Nell'attuale sistema non solo non è garantita l'invarianza della retribuzione dei lavoratori, in termini di potere reale d'acquisto, ma si impedisce alla normativa contrattuale di correggere tempestivamente gli eventuali errori di impostazione e di interpretare e orientare le nuove esigenze dell'organizzazione del lavoro);
- analoghe Controparti, con pieni poteri politico-economici, con cui negoziare contratti e convenzioni ai tre tavoli del confronto (nazionale, regionali e locali). Nell'attuale assetto delle Agenzie negoziali, e degli appesantimenti burocratici preventivi, occorrono settimane e mesi per sapere l'orientamento delle "pubbliche amministrazioni" (rappresentate al tavolo negoziale dall'ARAN e dalla Sisac) su singoli nodi politici, organizzativi, economici, emersi nella trattativa, ed almeno sei mesi tra la sigla dell'accordo di lavoro e la stipula definitiva dello stesso);
- un riconoscimento della dirigenza sanitaria effettivo, non solo nominale come ora (cioè senza la concreta attribuzione

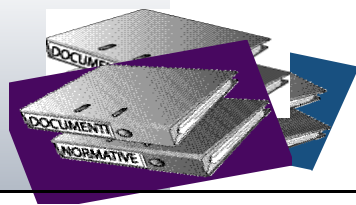
delle prerogative per gestire in autonomia risorse umane, tecniche e finanziarie), nonché un pieno coinvolgimento dei medici e dei dirigenti sanitari nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari. La carenza attuale del coinvolgimento effettivo delle categorie mediche e dirigenti, e delle loro organizzazioni rappresentative, su questi aspetti è paradossale, come sarebbe pretendere l'applicazione di un protocollo diagnostico-terapeutico, anche se correttamente impostato, affidandolo ad un computer, anziché al personale tecnico-professionale di settore. Oggi, purtroppo e malauguratamente, siamo esclusi anche dal "governo clinico" effettivo del sistema;

- una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, e una dignitosa tutela previdenziale. Oggi sul fronte assicurativo siamo mal tutelati, con gravi rischi non solo per gli operatori, che non lavorano con serenità e possono essere indotti alla medicina difensiva, ma anche per gli utenti, che trovano difficoltà ad essere risarciti per gli eventuali danni subiti, ma anche sul piano previdenziale la copertura per la nostra categoria si attenua, perché si contrae la tutela previdenziale pubblica obbligatoria mentre stenta a decollare la previdenza integrativa.

Alcune brevi considerazioni finali:

- nonostante le critiche motivate all'attuale S.S.N., non possiamo negare i notevoli risultati finora ottenuti dallo stesso in termini di "realizzazioni di salute", proprio per le sue caratteristiche "di sistema";
- sappiamo tuttavia che occorre abbastanza poco per "salvare definitivamente" il Servizio sanitario pubblico, ma altrettanto poco per mandarlo a rotoli (bastano, soprattutto, l'attuale disinteresse politico e insistere nel sottofinanziamento pubblico). Credo sia inevitabile che il Legislatore reintervenga in materia sanitaria, ma gli suggeriamo di non farsi abbagliare da disvalori quali preconcetti ideologici, demagogia, populismo, enfasi, strumentalizzazioni, arido economismo, eccesso di burocrazia, mode effimere, ecc., che si sono tuttavia dimostrati capaci di ridurre la fiducia dei cittadini nel sistema e di sottrarre risorse importanti al "core business" della Sanità. Non servono leggi ridondanti di principi e di ideologia, devono invece essere ricche di strumenti e di indicazioni organizzative per la miglior "funzione del Servizio";
- non trascurate, infine, amici e Colleghi della Stampa, questa iniziativa sindacale: si tratta di un segnale importante (ancor più perché unitario) e di un contributo tecnico serio anche nel merito delle problematiche e priorità di settore. Speriamo di non avere meno risonanza giornalistica rispetto alla iniziativa estemporanea del sen. Bossi, finito sulle pagine di tutti i giornali, per aver detto recentemente "se non si faranno risparmi, la Sanità andrà a rotoli". Crediamo francamente di aver detto e scritto di più e di meglio: sarebbe un errore per le forze politiche (di maggioranza e di opposizione) far finta di nulla.

Carlo Sizia  
Roma, 1/12/2004



## PER UN SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE EQUO E SOLIDALE: UN IMPEGNO COMUNE PER UN OBIETTIVO CONDIVISO.

### Premessa

Sono trascorsi 25 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn). In occasione della ricorrenza, è quanto mai opportuno fare un bilancio dei mutamenti avvenuti in questo quarto di secolo nella sanità in Italia.

Le condizioni di salute della popolazione sono decisamente migliorate: la mortalità neonatale e infantile contenuta in valori percentuali forse irriducibili, molte patologie, una volta incurabili, sono adesso aggredibili farmacologicamente e/o chirurgicamente; la speranza di vita è significativamente aumentata; più persone raggiungono la terza e la quarta età. Questi successi, qui sommariamente riassunti, sono ascrivibili certamente alla migliorate condizioni di vita della popolazione, alla costante innovazione scientifica e tecnologica, a nuovi farmaci sempre più mirati ed efficaci, a perfezionate modalità assistenziali.

Sono anche successi dell'organizzazione sanitaria, dell'accesso universale e gratuito alle prestazioni, della capillare diffusione dell'assistenza sia nelle strutture ospedaliere che nel territorio.

Ma senza alcun dubbio sono anche successi dovuti ai medici, interpreti di questi cambiamenti, deputati all'uso appropriato della tecnologia e all'uso corretto dei farmaci:

- Ai medici ospedalieri, che sempre più hanno interpretato l'ospedale come luogo principale delle patologie acute, che hanno contribuito a ridurre, grazie alla tecnologia, i tempi di diagnosi, di intervento e di ricovero. E' stato possibile così ridurre i posti letto per acuti, mantenendo e migliorando standard assistenziali adeguati. L'ospedale in questi 25 anni è profondamente cambiato.
- Ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, positiva peculiarità del nostro Servizio sanitario nazionale: la loro diffusione capillare nel territorio, la libera scelta dell'assistito e il rapporto fiduciario, ne fanno figure terapeutiche di altissima professionalità, soprattutto nell'attuale mutato contesto.
- Ai medici di continuità assistenziale, che nelle ore notturne, prefestive e festive sono, assieme ai medici dell'emergenza e del pronto soccorso, uno dei pochi presidi sanitari di riferimento.
- Ai medici specialisti ambulatoriali, parte anche loro di una rete capillare di servizi in grado di soddisfare una crescente domanda di salute.
- Ai medici del territorio, che hanno contribuito con la prevenzione (vaccinazioni, ecc.) e la predizione (consultori, ecc.), a ridurre mortalità e morbilità neonatale e infantile.
- Ai veterinari con la loro opera di sorveglianza e di controllo sulle produzioni alimentari.

Ma anche ai dirigenti del Ssn: biologi, fisici, chimici, ingegneri, amministrativi, che con la loro attività permettono ad una macchina complessa di funzionare adeguatamente in ambiti che non sono visibili al cittadino.

I medici e i dirigenti del Ssn nelle rispettive professionalità, sono stati e sono attori protagonisti di questi cambiamenti.

Se il Ssn deve avere come parametro di riferimento la domanda di salute del cittadino, la figura del medico nell'organizzazione sanitaria è fondamentale. Eppure mai come adesso l'immagine del medico si è offuscata, è in crisi il rapporto tra

medico e paziente, mai come adesso appare in declino il ruolo di classe dirigente della categoria.

È possibile provare a dare delle risposte unitarie a questa crisi, prefigurando un governo dei medici e dei dirigenti del Ssn che vada al di là delle loro forme organizzative sindacali o istituzionali.

Una riflessione sulla riforma sanitaria a 25 anni dalla sua emanazione può rappresentare l'occasione di un rilancio dell'immagine della categoria, del necessario recupero di un dialogo interno tra professionisti che spesso in questi anni nella migliore delle ipotesi si sono ignorati. Eppure tutti concorrono, da punti di vista diversi, al successo del sistema.

Una riflessione sulla riforma sanitaria è anche l'occasione per registrare i profondi mutamenti intervenuti in questo periodo nella domanda di salute e l'attuale inadeguatezza della risposta, intesa come offerta di servizi ai cittadini. Di come cioè al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e all'aumento della speranza di vita, al conseguente dilatarsi nel tempo e nello spazio delle malattie croniche e multiple, della parziale autosufficienza, della non autosufficienza, delle disabilità, non corrisponda ancora una adeguata rimodulazione dell'offerta di servizi e la necessaria correzione dei processi formativi dei professionisti chiamati a rispondere alle mutate esigenze del sistema.

Si affermano prepotentemente modelli diversi di pratica medica, più "medicina". Quella ospedaliera, vocata alla tempestiva risposta alla patologia d'organo, nella quale il medico è chiamato ad un approccio ultraspecialistico concentrato nel tempo e nello spazio e dove, più del rapporto medico-paziente, diventa importante la tempestività e l'efficacia della prestazione. Quella del territorio, in cui viceversa, il medico, prendendosi carico del paziente nel tempo - sempre più lungo - e nello spazio relazionale della famiglia - sempre più povero - è esaltato il rapporto fiduciario. Quella riabilitativa, che tende ad assumere dimensioni sempre più importanti, nella quale il medico è chiamato non solo ad una molteplicità di competenze, ma anche ad un lavoro di gruppo interdisciplinare centrato sulla domanda di salute dell'assistito. Al primo è richiesta una competenza specifica sulla particolare patologia, la rapidità degli interventi diagnostici e terapeutici. Al secondo, come in parte anche al terzo, di farsi carico del complesso dei problemi di salute del paziente all'interno di un rapporto fiduciario lungo e duraturo, che investe il coinvolgimento di altre professionalità e la gestione di molteplici sistemi relazionali.

È evidente come ciò richieda profonde modifiche nell'impianto organizzativo e gestionale del Servizio sanitario nazionale, ponendo anche un problema di sostenibilità di costi. Chiamando i medici e tutti i dirigenti del Ssn alla sfida della modernità, a significativi cambiamenti culturali, al necessario adeguamento dei processi formativi, rimasti pressoché immutati in questo quarto di secolo. Deve quindi cambiare l'approccio culturale del medico nel prendersi cura del paziente ed essere ridefinito l'assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale, riqualificando e diversificando l'offerta dei servizi.

## Manifesto-Proposta

Sottolineati i principi della legge 833/78 ancora attuali e condivisi (l'universalità di accesso, la capillarità del servizio, la solidarietà, il respiro nazionale con l'obiettivo di superare gli squilibri territoriali, l'unificazione della gestione sanitaria in una sola struttura amministrativa locale, ecc.), le sottoscritte OO.SS. ritengono urgenti alcune modifiche legislative all'attuale sistema per renderlo capace di fronteggiare i problemi connessi con:

- l'invecchiamento della popolazione ed il conseguente crescente bisogno di assistenza, specialmente a livello domiciliare e residenziale;
- lo sviluppo scientifico-tecnologico;
- la necessità di adeguare il finanziamento del S.S.N.;
- la necessità di razionalizzare l'utilizzo delle risorse economiche rispetto a bisogni socio-sanitari sempre crescenti.

### Il nuovo riordino della Sanità dovrebbe avvenire nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

**1. Nuovo assetto istituzionale delle ASL, vera autorità sanitaria locale unificata, con un rinnovato e più importante ruolo riconosciuto alle varie autonomie locali, cui competerà di contribuire alla definizione degli indirizzi di programmazione delle realtà sanitarie di propria competenza territoriale e di verificarne poi i risultati di gestione, nell'ambito degli indirizzi di programma e dei criteri generali di gestione definiti dal livello politico regionale.**

È necessario altresì riequilibrare i poteri del direttore generale per garantire una maggiore collegialità nella gestione delle nuove ASL.

Vanno, infine, resi più pregnanti, anche se non potranno essere vincolanti, gli apporti forniti obbligatoriamente dagli Organi tecnico-consultivi (Consiglio dei sanitari, Collegio di direzione, Comitato di dipartimento, Consulta dei direttori di distretto), così da garantire un efficace contributo delle professionalità tecniche al governo clinico del sistema sanitario. Appare inoltre necessario il rafforzamento strutturale e funzionale del distretto socio sanitario, con definizione anche del dipartimento delle cure primarie, quale struttura di coordinamento delle attività cliniche e gestionali della sanità territoriale, affidato alla responsabilità di un medico operante nel territorio, con specifiche caratteristiche di capacità, esperienza ed anzianità professionali.

**2. Adeguato finanziamento pubblico (nel generale ridisegno del nostro Welfare State) del Servizio sanitario, in misura percentuale del PIL tendenzialmente prossima alla media OCSE e con un tasso di crescita adeguato al crescere dei bisogni, con individuazione contestuale di uno specifico Fondo a destinazione vincolata di riequilibrio interregionale, cui tutte le Regioni contribuiscano, in modo da garantire, sull'intero territorio nazionale, gli standard assistenziali di base (i cosiddetti LEA). Ogni cittadino residente, compresi gli immigrati regolari, dovrà contribuire al finanziamento del Servizio in proporzione al proprio reddito. Eventuali assicurazioni sanitarie volontarie potranno essere solo integrative**

(mai sostitutive, neppure in quota-parte) rispetto al sistema pubblico obbligatorio e ai livelli essenziali di assistenza, ed i relativi oneri dovranno poter essere integralmente dedotti ai fini fiscali.

Occorre anche individuare la disponibilità di finanziamenti finalizzati ad azioni di piano e di progetto-obiettivo definiti dalla programmazione nazionale (ad esempio: investimenti in conto capitale; per i non autosufficienti; per l'emergenza e la continuità assistenziale; per la formazione; per la qualità e l'appropriatezza; per il riequilibrio del rapporto ospedale territorio, nonché tra prevenzione e cura; per il dipartimento di prevenzione, ecc.), cui le Regioni possano accedere a fronte del rispetto di specifici standard di attività e di funzione.

È infine opportuno, ai fini dell'economicità di sistema, definire la unitarietà del finanziamento per le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e per le politiche ambientali a rilevante impatto sulla salute, come per le politiche di prevenzione primaria e profilassi umana e veterinaria.

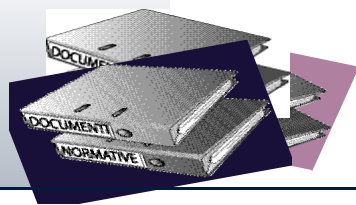
Vanno, da ultimo, individuate azioni positive per intercettare quella parte di spesa sanitaria privata che tendenzialmente sia riconducibile all'interno dei meccanismi di assicurazione e assistenza pubblica.

**3. In un sistema sanitario adeguatamente finanziato e nel quale l'erogazione delle prestazioni sia efficiente con appropriata risposta alla domanda di salute del cittadino e con accesso alle prestazioni garantito, la definizione di un sistema di compartecipazione ai costi delle prestazioni godute risulta equo, ove sia comunque prevista la esenzione generale per i soggetti affetti da malattie cronicoinvalidanti, per gli invalidi già accertati, per le attività di prevenzione individuale e di massa, per le attività ad elevato valore sociale o sicuramente usuranti, e per i cittadini con reddito inferiore ad un limite minimo predefinito.**

La compartecipazione per i non esenti deve avere carattere minimale, ma essere generalizzata, per non compromettere, da un lato, le attività di prevenzione sulle persone sane, ma da risultare utile, dall'altro, a prevenire un approccio consumistico ai servizi sanitari.

**4. Anche nell'ambito del riequilibrio costituzionale in atto dei poteri degli Organi dello Stato, in materia sanitaria è necessario che rimangano attribuiti al livello centrale, quindi nazionale:**

- la vigilanza sul rispetto, da parte delle Regioni, della normativa nazionale di settore;
  - gli atti di indirizzo e coordinamento circa i provvedimenti di valenza sovranazionale (indirizzi comunitari, profilassi internazionale, sanità pubblica veterinaria, ecc.);
  - l'individuazione dei profili professionali e degli ordinamenti delle professioni dell'area sanitaria e dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria;
  - la definizione dello stato giuridico e dell'ordinamento del personale medico e veterinario (compresa la modalità di selezione per l'accesso) dipendente e convenzionato;
- Via disciplina sui prodotti chimici usati in medicina nonché, sentita la Conferenza Stato-Regioni,



- la definizione:
  - o delle modalità e della entità del finanziamento del sistema sanitario;
  - o del P.S.N. e delle relative risorse finalizzate;
  - o dei livelli essenziali di assistenza garantiti;
  - o dei requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti;
  - o degli standard di organizzazione, di personale e di sicurezza dei presidi sanitari, ecc.;
  - o degli standard tariffari omogenei ai fini della compensazione della mobilità sanitaria interregionale;
- la definizione delle parti di competenza nazionale dei contratti e delle convenzioni del personale a rapporto col S.S.N.; **al livello regionale**, anche attraverso l'adozione di provvedimenti legislativi:
- la programmazione e l'organizzazione dei propri Servizi sanitari, attraverso il P.S.R. e la definizione dei contratti e delle convenzioni integrative;
- l'eventuale identificazione per i propri residenti di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali garantiti a livello nazionale e le modalità del relativo finanziamento aggiuntivo;
- l'approvazione delle tariffe delle prestazioni assicurate ed il controllo sulla gestione dei servizi sanitari ed ospedalieri, dei servizi del dipartimento di prevenzione e della sanità pubblica veterinaria, ecc.;
- l'eventuale ripiano dei relativi deficit di gestione;
- al livello locale:**
  - la compartecipazione alla definizione degli indirizzi di programmazione e organizzazione delle realtà sanitarie di competenza territoriale;
  - la responsabilità autonoma sulla più funzionale e corretta attuazione della normativa sovraordinata (di legge e contrattuale) e la migliore integrazione tra intervento sanitario e sociale a favore della persona.

**5. Accanto al Servizio sanitario pubblico convive una Sanità privata, spesso anche accreditata. I cittadini assicurati tramite il S.S.N. devono poter scegliere liberamente i medici di fiducia e le strutture sanitarie regionali, pubbliche o private, accreditate, nell'ambito del ventaglio di scelte che le singole Regioni metteranno a disposizione accreditando strutture e professionisti tra quelli autorizzati e forniti dei requisiti previsti. Tutti i medici ed i veterinari con rapporto di lavoro continuativo col Servizio sanitario pubblico devono poter esercitare la libera professione, quale valore aggiunto rispetto ai bisogni sanitari espressi dai cittadini e nella logica della maggiore offerta di servizi, purché essa non risulti oggettivamente incompatibile per ragioni di concorrenza con la struttura di appartenenza, di conflitto con i propri impegni contrattuali, di contrasto con la disciplina regionale in materia.**

**6. Per migliorare il Servizio sanitario è indispensabile investire fortemente nel settore Educazione-Documentazione-Informazione-Formazione. A tal fine è necessario:**

- modificare la formazione di base ed il piano di studi del Corso di laurea in medicina e chirurgia, introducendo anche l'insegnamento dell'etica e della deontologia medica, della medicina della persona, della medicina di organizzazione, della sanità territoriale, dell'economia sanitaria, delle tecniche di comunicazione, ecc., e rafforzando, nella fase finale del Corso, la partecipazione alla pratica clinica, anche con l'utilizzo pieno delle risorse strutturali del S.S.N. Identica neces-

sità si ravvede anche per il Corso di laurea in medicina veterinaria;

- fatta salva la funzione dell'Università nella gestione esclusiva del primo biennio del percorso di formazione del medico specializzando, rafforzare in modo sostanziale il ruolo e le responsabilità del personale e delle strutture del S.S.N. nella formazione specialistica, attribuendo anche a loro la gestione del triennio successivo, in contestualità con l'inserimento dello specializzando nell'attività del Servizio sanitario attraverso idonei contratti di lavoro che garantiscano compensi adeguati all'impegno ad esso richiesto e idonee garanzie assicurative e previdenziali;
- fermo restando l'attuale assetto giuridico-organizzativo, rafforzare la formazione specifica in medicina generale, anche per riconoscerne la valenza di vera specialità della medicina territoriale, prevedendone la ristrutturazione dei contenuti e della durata dell'insegnamento e le relative garanzie di compenso economico, previdenziali e di successivo inserimento nella medicina generale;
- consentire a tutto il personale sanitario laureato del S.S.N. di poter accedere ad ulteriori livelli di istruzione postuniversitaria, nel rispetto delle norme di legge che regolano tale materia;
- dettare norme e fornire risorse perché le professioni del S.S.N., in collaborazione con l'Università e gli Ordini professionali, possano realizzare concretamente la sistematica formazione permanente dei medici, dei veterinari e delle altre categorie professionali già inseriti nel sistema;
- riconoscere l'importanza crescente del e-health e il ruolo strategico della Tecnologia applicata all'Informazione e alla Comunicazione (ICT), destinando al settore i finanziamenti necessari, anche per la formazione del personale dedicato.

**7. Il personale sanitario deve: essere selezionato in modo oggettivo sulla base dei titoli e dei meriti di ciascuno; essere coinvolto, direttamente e attraverso le legittime rappresentanze, nei processi di programmazione e organizzazione del Servizio, nonché di gestione per gli aspetti di diretta competenza. I contratti e le convenzioni mediche (di durata triennale o quadriennale) dovranno: essere negoziati dalle OO.SS. più rappresentative con analoghe Controparti ai diversi tavoli (nazionale, regionali e locali); prevedere normative che favoriscano qualità e serenità nel lavoro, anche attraverso adeguate coperture assicurative e previdenziali; riconoscere e premiare la produttività di ciascuno; garantire, nei rinnovi, benefici economici almeno pari all'inflazione reale patita dal lavoratore, anche di fronte al malcostume di rinnovi posticipati rispetto alle scadenze fisiologiche.**

**8. Un servizio sanitario moderno ed efficace si compone di molti settori di intervento: medicina ospedaliera, medici di famiglia e pediatri di libera scelta, medicina di continuità assistenziale e medicina dei servizi, medicina specialistica ambulatoriale territoriale, medicina di prevenzione e di predizione, sanità pubblica veterinaria, ecc., tutti settori di pari dignità, che devono essere coordinati ed integrati tra di loro anche attraverso la armonizzazione degli istituti del rapporto di lavoro per consentire la miglior risposta funzionale al cittadino che si avvale del Servizio.**

A tal fine, deve essere rafforzata la effettiva partecipazione delle OO.SS. delle categorie interessate nella definizione della organizzazione del lavoro nelle strutture sanitarie pubbliche, anche per realizzare il modello funzionale del dipartimento delle cure primarie, dei vari dipartimenti ospedalieri, nonché

dei dipartimenti trasversali (ospedale/territorio, dipartimento di prevenzione, ecc.), nel pieno rispetto delle rispettive professionalità e peculiarità dei diversi attori (medici di medicina generale, medici specialisti, veterinari, ecc.).

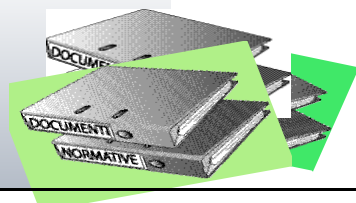
**9.** È indispensabile programmare il numero degli addetti di tutte le professioni sanitarie, delle professioni infermieristiche, tecnico sanitarie e della riabilitazione, e delle relative specializzazioni, in coerenza con le rispettive mansioni e con le effettive esigenze del mercato del lavoro. Le lauree triennali in discipline sanitarie stanno elevando la cultura e le competenze specifiche degli operatori non medici: ciò tuttavia non può e non deve significare, pur nel riconoscimento della autonomia e responsabilità specifica di tali discipline, una invasione di campo rispetto alla autonomia e responsabilità in ambito di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche, che sono tipiche della professione medica.

**10.** Nell'ambito della necessaria e non rinviabile riforma degli Ordini, la nuova disciplina dell'Ordine professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché di quello dei medici veterinari, completamente riveduta nei meccanismi di elezione, incompatibilità e pluralismo delle rappresentanze, dovrà consentire di svolgere con efficacia le seguenti principali funzioni: autonoma magistratura in materia di deontologia medica e pubblicità sanitaria; vigilanza sull'accesso alla professione nonché sulla formazione specialistica e permanente degli iscritti; soggetto autorevole (assieme a Ministero della Salute, Regioni, Società scientifiche) nella definizione delle tariffe professionali minime e massime di riferimento per il corretto rapporto costo/qualità degli atti professionali.

Senza il rispetto degli indirizzi e dei criteri proposti, è convinzione delle OO.SS. sottoscritte che non siano coniugabili qualità del Servizio e governabilità-sostenibilità economica del sistema.

Infine le OO.SS. mettono in guardia il Legislatore, e gli addetti alla gestione della salute, dal progressivo prevalere in settori importanti della Sanità italiana, di disvalori gravi, quali preconcetti ideologici, demagogia e populismo, enfasi e strumentalizzazioni, arido economicismo che, al pari di un eccesso di regole e di burocrazia, possono solo rompere il rapporto fiduciario del cittadino con il sistema sanitario pubblico, e all'interno della diade medico-paziente, e sottrarre risorse importanti al "core-business" della Sanità.

Il presente manifesto costituisce la base per il comune impegno delle Organizzazioni Sindacali, che lo sottoscrivono, alla difesa dei valori fondanti il S.S.N. e contro ogni tentativo, palese od occulto, di smantellare l'unitarietà del Servizio a favore di un sistema sanitario regionale devolutivo, e di violare l'universalità e l'equità nell'offerta delle prestazioni socio-sanitarie.



## EFFETTI DEL PROCEDIMENTO PENALE SUL RAPPORTO DI LAVORO

di Vania Cirese

La Legge 27 Marzo 2001 n. 97, che ha di recente disciplinato il rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare e gli effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, è apparsa subito come del tutto affittiva del diritto di difesa costituzionalmente garantito ed in aperto contrasto con la (riconosciuta) tutela dei diritti dei dipendenti della pubblica amministrazione sottoposti a procedimento penale.

La Dottrina ha sottolineato come sia inaccettabile la reintroduzione di una "forma di estinzione automatica del rapporto di lavoro quale mera conseguenza accessoria della condanna penale irrevocabile", atteso che "risulta in tal modo precluso qualsiasi intervento integrativo sul punto da parte della contrattazione collettiva in palese contraddizione con l'indirizzo dettato dall'art. 59 D. Lgs. n. 29/1993".

Le disposizioni si pongono in contrasto con l'art. 27, secondo comma, della Costituzione, violano il diritto di difesa sancito dall'art. 24 e dei diritti al lavoro sanciti dagli artt. 35 e 36 della Costituzione, oltre a violare l'obbligo di motivazione dei provvedimenti amministrativi, sancito dall'art. 3 della L.n.241/1990.

Va evidenziato il rischio, insito nell'art. 4 della Legge, di emettere un provvedimento di sospensione che costituisce una forma atipica, ancorché illegittima, di sanzione sulla base di una semplice probabilità di colpevolezza del pubblico dipendente, in realtà ancora tutta da dimostrare e che si risolve in una presunzione assoluta di colpevolezza in danno del dipendente totalmente contraria ai principi ispiratori del nostro ordinamento giuridico e della Costituzione.

La norma appare ancora più affittiva nel caso di sospensione del dipendente senza l'instaurazione tra il dipendente e l'Ente di appartenenza di un contraddittorio sulle circostanze che hanno determinato la condanna penale e senza che vi sia mai stata una raccolta ed una compiuta disamina delle prove esistenti a carico del medesimo sotto il profilo della loro rilevanza disciplinare.

Invero, dal tenore letterale dell'art. 4 della Legge 97/2001, la P.A. sembrerebbe autorizzata a non instaurare alcun contraddittorio con il dipendente, a non raccogliere prove, a non effettuare alcun accertamento prima di sospendere l'impiegato dal servizio a seguito della condanna non definitiva.

La stessa Giurisprudenza amministrativa ed ordinaria, posta di fronte alle doglianze sollevate da più parti in relazione alla formulazione della nuova Legge, non ha potuto non rilevarne l'incostituzionalità con varie Ordinanze (v. tra gli altri TAR Bologna, Sezione I, ordinanza n. 548 del 11/7/2001; Tribunale Reggio Emilia, sentenza n. 412 del 12/4/2000).

In particolare il TAR di Bologna ha sottolineato, nel provvedimento di remissione, come la sospensione prevista dall'art. 4 consegua automaticamente alla condanna non definitiva del dipendente e come il Legislatore abbia operato in tal modo una valutazione ex-ante della incompatibilità del mantenimento in servizio di un dipendente condannato in via non definitiva per determinati reati.

In proposito la stessa Corte Costituzionale ha sancito il contrasto con i principi di ragionevolezza e proporzionalità in base ai quali dovrebbe essere consentito di valutare discrezionalmente la opportunità di applicare o meno la sospensione cautelare in relazione alla gravità del fatto ed alla personalità del soggetto agente (v. Corte Cost., sentenza n. 239 del 1996).

La illegittimità della applicazione de jure della misura cautelare era già stata affermata dalla Corte in precedenza con la sentenza n. 40 del 1990, stante il carattere provvisorio del provvedimento, come tale definito cautelare, come enunciato dalle Sezioni Unite della Cassazione sin dal 1962.

L'automatismo della misura cautelare era stato affrontato dalla Corte con la sentenza n. 971/1988, che aveva dichiarato illegittima la destituzione di diritto nell'ambito del pubblico impiego, come pure illegittimo venne dichiarato dalla Corte l'art. 15 della Legge 55/1990, con la sentenza n. 197/1993.

In definitiva, la Corte Costituzionale ha sempre affermato come l'accertamento della responsabilità penale in sede giurisdizionale non possa essere accolto in altre sedi acriticamente senza una espressa valutazione in sede disciplinare da parte degli organi preposti e, comunque, senza alcun automatismo di sorta.

A tanto va aggiunto che, prima ancora della emanazione della Legge, il Consiglio di Stato (Adunanza Plenaria; decisione n. 2 del 28/2/2002) aveva sancito che "in caso di omissione del procedimento disciplinare, la condanna penale intervenuta nei confronti dell'impiegato non è suscettibile di tenere ferma la sospensione cautelare dal servizio disposto in corso di procedimento penale e stabilita dall'amministrazione in via discrezionale, non potendosi ammettere una conversione della misura in una sanzione di identico contenuto".

In conseguenza, in base alla decisione citata, "la sospensione dal servizio deve ritenersi caducata, al pari di quella cui sia seguito un procedimento disciplinare estinto e la posizione dell'impiegato deve ritenersi reintegrata, essendo venuto a mancare il titolo che giustificava la quiescenza del rapporto". L'apprezzamento discrezionale, rimesso alla P.A., esige una nuova ponderazione in ordine al fatto originariamente preso in considerazione secondo una cognizione incompleta, dato che compete alla stessa la cura del pubblico interesse da perseguire. A questo interesse si accompagna anche, dopo una sentenza di assoluzione o qualsiasi sentenza di condanna nei confronti del pubblico dipendente, quello correlativo ai doveri osservati o meno dall'impiegato, in ufficio o al di fuori, e quello connesso con le esigenze della stessa amministrazione di affidare determinati compiti al dipendente, anche con riguardo alle funzioni assegnate o assegnabili.

Ampiamente giustificate risultano quindi le censure di costituzionalità sollevate da più parti alla attuale disciplina della sospensione cautelare.

La Corte Costituzionale, investita della incostituzionalità dell'art. 4 della Legge 97/2001, con sentenza del 3 Maggio 2002 n. 145, ha ritenuto parzialmente fondata la questione sollevata dal TAR per la Campania ed ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, comma secondo, della Legge nella parte in cui dispone che la sospensione cautelare del pubblico dipendente perde efficacia decorso un periodo pari a quello della prescrizione del reato.

La Corte ha precisato che la durata della sospensione non può eccedere i cinque anni, dovendosi applicare in materia il termine di carattere generale introdotto dalla Legge 7/2/1990 n. 19.

Accogliendo le argomentazioni poste a base della ordinanza di remissione, la Corte Costituzionale, con sentenza n. 394 del 10-25/7/2002, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 10, comma uno, della Legge 27 Marzo 2001 n.97, nella

parte in cui esso prevede che gli artt. 1 e 2 della stessa legge trovano applicazione anche alle sentenze di patteggiamento pronunciate anteriormente alla sua entrata in vigore.

In linea con quanto enunciato dalla Suprema Corte va invece sottolineato come la norma dell'art. 10 può finire con il trovare applicazione anche per i procedimenti penali in corso non ancora definiti con sentenza irrevocabile, determinando così un'effettiva lesione del diritto di difesa, da più parti sollevata, in quei casi in cui l'accertamento della responsabilità penale non sia divenuto definitivo e sia comunque collegato al successivo procedimento disciplinare.

Risulta del tutto evidente come, in tali casi, sia stata operata una forzatura da parte del Legislatore che ha inteso eludere le garanzie costituzionali più elementari ed ignorare del tutto le norme in precedenza introdotte.

In base a tali presupposti si auspica che la Corte Costituzionale possa pervenire alla declaratoria di illegittimità della norma che appare del tutto in contrasto con i principi del nostro Ordinamento.

È necessario, attese le numerose censure mosse alla Legge 97/2001 dalla Dottrina e dalla Giurisprudenza, che il Legislatore pervenga ad una radicale modifica dell'attuale testo normativo nel pieno rispetto delle garanzie costituzionali in una materia così delicata, evitando ogni possibile lesione dei diritti fondamentali dei pubblici dipendenti ed in particolare dirigenti sottoposti, a torto o a ragione, a procedimento penale.

A completamento di quanto fin qui esposto va aggiunto che rispetto alla legge 27 marzo 2001, n. 97, che detta la disciplina dei rapporti tra il procedimento penale e procedimento disciplinare, trattando del particolare effetto del "giudicato penale" nei confronti dei dipendenti delle a. p., va chiarito che l'iter accertativo penale impone il ricorso a ben precisi termini per indicare, differenziandoli, i singoli segmenti del processo (stato, fase e grado).

Il codice processuale penale vigente opera una fondamentale partizione tra "procedimento" (per le indagini preliminari) e "processo", intesa a differenziare il ruolo del pubblico ministero dalla funzione del giudice mediante negazione del valore di prova agli elementi che il primo raccoglie nella fase delle indagini e il conferimento del compito di formare la prova solo nel corso del processo davanti al giudice.

Pertanto il "procedimento" inizia con l'acquisizione della notizia di reato ad opera della polizia o del pubblico ministero, e si protrae per il tempo del compimento delle indagini ed è la fase destinata al compimento delle attività (del PM o della PG) per verificare la corrispondenza della notizia di reato a un modello legale di incriminazione e determinarsi (il PM) se richiedere l'archiviazione degli atti o esercitare l'azione penale, formulando l'imputazione.

Il passaggio dal "procedimento" (per le indagini preliminari) al "processo" è segnato dalla investitura di un giudice, al quale il PM si rivolge per chiedere il "processo", ossia il giudizio (giurisdizionale) sul merito dell'imputazione, che il PM eleva promovendo l'azione penale.

L'attività di indagine dunque ha natura procedimentale (pre - processuale) e solo il processo (dibattimento) è la fase deputata all'assunzione dei mezzi di prova e alla verifica dell'accusa.

Ciò posto, il primo rilievo è che nella legge 97/2001, come sovente capita, si riscontra un uso improprio del termine "procedimento" che si riferisce all'intera estensione dell'arco temporale dell'accertamento penale fino alla pronuncia della sentenza, comprensivo delle indagini e del processo.

Va comunque rammentato che per la sistematica del vigente codice, sviluppata sulla fondamentale matrice: indagine pre-

liminare (procedimento) dibattito (processo) non è di poco conto la distinzione e ne discende che 1) l'esercizio della azione penale (la formulazione dell'imputazione) determina l'inizio del processo; 2) l'esercizio dell'azione penale determina in capo al soggetto l'assunzione della qualità di imputato. I modi di esercizio dell'azione penale sono normativamente previsti (art. 405 c.p.p.) e prima di tale esercizio, la persona è unicamente sottoposta ad indagini in una fase pre-processuale, che potrebbe chiudersi con l'archiviazione e non sfociare nel processo, ragion per cui il Legislatore ha previsto che non ci sia una pregiudizievole iscrizione nel casellario giudiziale e che l'equiparazione tra "indagato" e "imputato" sia solo in bonam partem, ossia per i diritti e le garanzie riservate. La posizione di "indagato", "imputato", "condannato" si ricollegano a momenti diversi dell'accertamento giurisdizionale (penale) e ogni momento è produttivo di effetti autonomi e non analogabili.

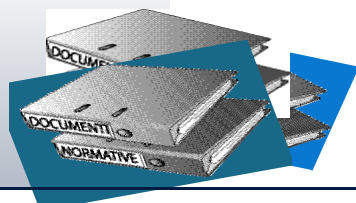
Il secondo rilievo è che la legge 97/2001 ha inteso trattare degli effetti del "giudicato penale", che il Legislatore (art. 649 c.p.p.) identifica nel "provvedimento" irrevocabile ed esecutivo che costituisce il punto di partenza dell'esecuzione penale. La "ratio" della legge non è del tutto rispettata nel tenore delle singole disposizioni.

Di recente, l'ARAN ha formulato in merito una proposta con articoli che, pur nell'apprezzabile sforzo di recepire i contenuti e la ratio della legge 97/2001, si appalesano decisamente insoddisfacenti e non condivisibili, riscontrandosi:

1. incerta tipologia degli illeciti presi in considerazione ai nn. 1-2: l'ambito va, invece, circoscritto ai casi di restrizione della libertà personale per gli illeciti specificamente presi in considerazione dalla legge 97/2001 in ragione della loro gravità (reati contro la pubblica amministrazione, traffico di sostanze stupefacenti, comunque dolosi);
2. estensione arbitraria a qualsiasi altro illecito (anche meno grave, colposo, contravvenzionale) che travisa la ratio della legge 97/2001 (art. 2); la dizione della proposta ARAN porta "fatti attinenti al rapporto di lavoro" ed è estremamente ampia, troppo generica e pericolosa;
3. confusione tra le fasi e qualifiche soggettive nell'ambito del processo penale, equiparate in "malam partem": indagato (sottoposto a procedimento penale) e imputato (sia stato rinviato a giudizio). Altrettanto si equipara in "malam partem" il soggetto nei cui confronti sono emersi gravi indizi di colpevolezza, tanto da essere stato sottoposto a misura cautelare, e quello che non si trovi assolutamente in tale (più grave) situazione (artt. 1 e 2) ("dirigente colpito da misura restrittiva"...) anche nel caso che non comporti la restrizione della libertà);
4. ripetizione acritica e più grave degli errori contenuti nella legge 97/2001 peraltro riconosciuti dalla Corte Costituzionale. Va, in proposito, notato che la Corte Costituzionale, chiamata a pronunciarsi sull'art. 4, c. 2, della legge 97/2001, dichiarandone parzialmente l'illegittimità costituzionale, ha auspicato che il Legislatore disciplini nuovamente la materia, modulando in termini in relazione alla gravità del reato e alle fasi del procedimento.

Avvocato Vania Cirese

1 Art. 60 c.p.p. "assunzione della qualità di imputato": "Assume la qualità di imputato la persona alla quale è attribuito il reato nella richiesta di rinvio a giudizio, di giudizio immediato, di decreto penale di condanna, di applicazione della pena, nel decreto di citazione diretta a giudizio e nel giudizio direttissimo"



## DALLA LEGGE FINANZIARIA 2005: POLITICA, FINANZIAMENTO ED ORGANIZZAZIONE SANITARIA

*"Il Medico ospedaliero e del territorio" pubblica, della legge finanziaria 2005 (L.30 dicembre 2004, n.311) i commi che ritiene di prevalente interesse in materia di politica, finanziamento ed organizzazione sanitaria. Sono riportati i commi 95,96,97 e 98 (in materia di assunzione del personale pubblico e sanitario e i risparmi previsti nel settore), nonché i commi dal 164 al 188 dell'unico articolo di cui si compone la legge.*

C.d.R.

**95.** Per gli anni 2005, 2006 e 2007 alle amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, alle agenzie, incluse le agenzie fiscali di cui agli articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, e successive modificazioni, agli enti pubblici non economici, agli enti di ricerca ed agli enti di cui all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, è fatto divieto di procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, ad eccezione delle assunzioni relative alle categorie protette. Il divieto si applica anche alle assunzioni dei segretari comunali e provinciali nonché al personale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni. Per le regioni, le autonomie locali ed il Servizio sanitario nazionale si applicano le disposizioni di cui al comma 98. Sono fatte salve le norme speciali concernenti le assunzioni di personale contenute: nell'articolo 3, commi 59, 70, 146 e 153, e nell'articolo 4, comma 64, della legge 24 dicembre 2003, n. 350; nell'articolo 2 del decreto-legge 30 gennaio 2004, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 marzo 2004, n. 87, nell'articolo 1, comma 2, della legge 27 marzo 2004, n. 77, e nell'articolo 2, comma 2-ter, del decreto-legge 27 gennaio 2004, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 marzo 2004, n. 77. Sono fatte salve le assunzioni connesse con la professionalizzazione delle Forze armate di cui alla legge 14 novembre 2000, n. 331, al decreto legislativo 8 maggio 2001, n. 215, ed alla legge 23 agosto 2004, n. 226. Sono, altresì, fatte salve le assunzioni autorizzate con decreto del Presidente della Repubblica del 25 agosto 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 225 del 24 settembre 2004, e quelle di cui ai decreti del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 luglio 2004, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 224 del 23 settembre 2004, non ancora effettuate alla data di entrata in vigore della presente legge. È consentito, in ogni caso, il ricorso alle procedure di mobilità, anche intercompartimentale.

**96.** Per fronteggiare indifferibili esigenze di servizio di particolare rilevanza ed urgenza, in deroga al divieto di cui al comma 95, per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, le amministrazioni ivi previste possono procedere ad assunzioni, previo effettivo svolgimento delle procedure di mobilità, nel limite di un contingente complessivo di personale corrispondente ad una spesa annua lorda pari a 120 milioni di euro a regime. A tal fine è costituito un apposito fondo nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze con uno stanziamento pari a 40 milioni di euro per l'anno 2005, a 160 milioni di euro per l'anno 2006, a 280 milioni di euro per l'anno 2007 e a 360 milioni di euro a decorrere dall'anno 2008. Per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, nel limite di una spesa pari a 40 milioni di euro in ciascun anno iniziale e a 120 milioni di euro a regime, le autorizzazioni ad assumere vengono concesse secondo le modalità di cui all'articolo 39, comma 3-ter, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

**97.** Nell'ambito delle procedure e nei limiti di autorizzazione all'assunzione di cui al comma 96 è prior-

itariamente considerata l'immissione in servizio:

- a) del personale del settore della ricerca;
- b) del personale che presti attualmente o abbia prestato servizio per almeno due anni in posizione di comando o distacco presso l'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici ai sensi dell'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 11 giugno 1998, n. 180, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 1998, n. 267;
- c) per la copertura delle vacanze organiche nei ruoli degli ufficiali giudiziari C1 e nei ruoli dei cancellieri C1 dell'amministrazione giudiziaria, dei vincitori e degli idonei al concorso pubblico per la copertura di 443 posti di ufficiale giudiziario C1, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, 4ª serie speciale, n. 98 del 13 dicembre 2002;
- d) del personale del Consiglio per la ricerca e la sperimentazione in agricoltura;
- e) dei candidati a magistrato del Consiglio di Stato risultati idonei al concorso a posti di consiglieri di Stato che abbiano conservato, senza soluzione di continuità, i requisiti per la nomina a tale qualifica fino alla data di entrata in vigore della presente legge;
- f) a decorrere dal 2006, dei dirigenti e funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze e delle agenzie fiscali previo superamento di uno speciale corso-concorso pubblico unitario, bandito e curato dalla Scuola superiore dell'economia e delle finanze e disciplinato con decreto non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, anche in deroga al decreto legislativo n. 165 del 2001. A tal fine e per le ulteriori finalità istituzionali della suddetta Scuola, possono essere utilizzate le attività di cui all'articolo 19, comma 2, della legge 27 luglio 2000, n. 212;
- g) del personale necessario per assicurare il rispetto degli impegni internazionali e il controllo dei confini dello Stato;
- h) degli addetti alla difesa nazionale e dei vincitori di concorsi banditi per le esigenze di personale civile degli arsenali della Marina militare ed espletati alla data del 30 settembre 2004.

**98.** Ai fini del concorso delle autonomie regionali e locali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare previo accordo tra Governo, regioni e autonomie locali da concludere in sede di Conferenza unificata, per le amministrazioni regionali, gli enti locali di cui all'articolo 2, commi 1 e 2, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e gli enti del Servizio sanitario nazionale, sono fissati criteri e limiti per le assunzioni per il triennio 2005-2007, previa attivazione delle procedure di mobilità e fatte salve le assunzioni del personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale. Le predette misure devono garantire, per le regioni e le autonomie locali, la realizzazione di economie di spesa lorde non inferiori a 213 milioni di euro per l'anno 2005, a 572 milioni di euro per l'anno 2006, a 850 milioni di euro per l'anno 2007 e a 940 milioni di euro a decorrere dall'anno 2008 e, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, economie di spesa lorde non inferiori a 215 milioni di euro per l'anno 2005, a 579 milioni di euro per l'anno 2006, a 860 milioni di euro per l'anno 2007 e a 949 milioni di euro a decorrere dall'anno 2008. Fino all'emanazione dei decreti di cui al presente comma trovano applicazione le disposizioni di cui al primo periodo del comma 95. Le province e i comuni che non abbiano rispettato le regole del patto di stabilità interno non possono procedere ad assunzioni di personale a qualsiasi titolo nell'anno successivo a quello del mancato rispetto. I singoli enti in caso di assunzioni di personale devono autocertificare il rispetto delle disposizioni del patto di stabilità interno per l'anno precedente quello nel quale vengono disposte le assun-

zioni. In ogni caso sono consentite, previa autocertificazione degli enti, le assunzioni connesse al passaggio di funzioni e competenze alle regioni e agli enti locali il cui onere sia coperto dai trasferimenti erariali compensativi della mancata assegnazione di unità di personale. Per le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e l'Unioncamere, con decreto del Ministero delle attività produttive, d'intesa con la Presidenza del Consiglio dei ministri -Dipartimento della funzione pubblica e con il Ministero dell'economia e delle finanze, sono individuati specifici indicatori di equilibrio economico-finanziario, volti a fissare criteri e limiti per le assunzioni a tempo indeterminato, nel rispetto delle previsioni di cui al presente comma.



**164.** Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. I predetti importi comprendono anche quello di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù». Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, di cui 50 milioni di euro finalizzati al ripiano dei disavanzi della regione Lazio per l'anno 2003, derivanti dal finanziamento dell'ospedale «Bambino Gesù». Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

**165.** Resta fermo l'obbligo in capo all'Agenzia italiana del farmaco di garantire per la quota a proprio carico, ai sensi dell'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, il livello della spesa farmaceutica stabilito dalla legislazione vigente. Nell'ambito delle annuali direttive del Ministro della salute all'Agenzia è incluso il conseguimento dell'obiettivo del rispetto del predetto livello della spesa farmaceutica. Al fine di conseguire il contenimento della spesa farmaceutica, l'Agenzia italiana del farmaco stabilisce le modalità per il confezionamento ottimale dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, almeno per le patologie più rilevanti, relativamente a dosaggi e numero di unità posologiche, individua i farmaci per i quali i medici possono prescrivere «confezioni d'avvio» per terapie usate per la prima volta verso i cittadini, al fine di evitare prescrizioni quantitativamente improprie e più costose, e di verificarne la tollerabilità e l'efficacia, e predisporre l'elenco dei farmaci per i quali sono autorizzate la prescrizione e la vendita per unità posologiche.

**166.** All'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al comma 10:
- 1) alla lettera c), dopo le parole: «indicate alle lettere a) e b)» sono aggiunte le seguenti: «ad eccezione dei farmaci non soggetti a ricetta con accesso alla pubblicità al pubblico»;
- 2) dopo la lettera c), è aggiunta la seguente: «c-bis) farmaci non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico (OTC)»;

b) al comma 14, ultimo periodo, le parole: «lettera c)» sono sostituite dalle seguenti: «lettere c) e c-bis)».

**167.** All'articolo 70, comma 2, primo periodo, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, dopo le parole: «l'indicazione della "nota"» la parola: «, controfirmata,» è soppressa.

**168.** L'Agenzia italiana del farmaco adotta nel limite di spesa annuo di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, nell'ambito del programma annuale di attività previsto dall'articolo 48, comma 5, lettera h), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, un piano di comunicazione volto a diffondere l'uso dei farmaci generici, ad assicurare una adeguata informazione del pubblico su tali farmaci e a garantire ai medici, ai farmacisti e agli operatori di settore, a mezzo di apposite pubblicazioni specialistiche, le informazioni necessarie sui farmaci generici e le liste complete di farmaci generici disponibili.

**169.** Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.

**170.** Alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, provvede, con proprio decreto, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Entro il 30 marzo 2005, con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si procede alla ricognizione e all'eventuale aggiornamento delle tariffe massime, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale. Con la medesima modalità e i medesimi criteri si procede all'aggiornamento biennale delle tariffe massime entro il 31 dicembre di ogni secondo anno a decorrere dall'anno 2005.

**171.** Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

**172.** Il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4, comma 2, della legge 1º febbraio 1989, n. 37, è esteso a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie ed è integrato con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

**173.** L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 7 settembre 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempra ai fini del contenimento della dinamica dei costi:

a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;

b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare;

c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;

d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale;

e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi;

f) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio

economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale.

**174.** Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzino un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti.

**175.** Per le finalità di cui al comma 174 e per la copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario, la regione, in deroga alla sospensione di cui al comma 61, primo periodo, può deliberare l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti degli aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito e delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, già disposti, oggetto della predetta sospensione. Ai sensi del primo periodo del presente comma e del comma 22 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti può concernere anche quelle maggiorazioni dell'aliquota IRAP che siano state deliberate dalle regioni, antecedentemente al 31 dicembre 2003, in difformità rispetto a quanto previsto dalla normativa statale. Per le medesime finalità, le regioni possono altresì, nei limiti della normativa statale di riferimento ed in conformità ad essa, disporre nuovi aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito o nuove maggiorazioni dell'aliquota IRAP ovvero modificare gli aumenti e le maggiorazioni di cui al primo periodo del presente comma.

**176.** In caso di mancato adempimento agli obblighi di cui al comma 173 è precluso l'accesso al maggiore finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate.

**177.** Le regioni, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, definiscono le fattispecie per l'eventuale trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato del rapporto di lavoro dei professionisti convenzionati a carico del protocollo aggiuntivo ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 271, e 21 settembre

2001, n. 446, in modo da assicurare una riduzione della relativa spesa pari ad almeno il 20 per cento. La predetta trasformazione è possibile entro il limite del numero di ore di incarico attivate a titolo convenzionale presso ciascuna azienda sanitaria locale alla data del 31 ottobre 2004.

**178.** Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi hanno durata quadriennale per la parte normativa e durata biennale per la parte economica. In sede di prima applicazione la durata, per le parti normativa ed economica, è definita fino al 31 dicembre 2005.

**179.** Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di cui al comma 173, ciascuna regione provvede a disciplinare appositi meccanismi di raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attribuendo a questi ultimi il compito di segnalare tempestivamente alle strutture competenti a livello regionale le situazioni di inefficienza gestionale e organizzativa che costituiscono violazione degli obiettivi di contenimento della dinamica dei costi di cui ai commi da 164 a 187.

**180.** La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma.

**181.** Con riferimento agli importi indicati al comma 164, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al comma 173, anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa

farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

**182.** Limitatamente all'anno 2004:

a) l'obbligo in capo alle regioni, per la quota del 40 per cento a loro carico, di cui all'articolo 48, comma 5, lettera f), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in caso di superamento dei tetti di spesa di cui al comma 1 del predetto articolo 48, s'intende comunque adempiuto, anche qualora la regione non abbia provveduto al previsto ripiano, purché l'equilibrio complessivo del relativo sistema sanitario regionale venga rispettato, previa verifica dell'avvenuta erogazione dei livelli essenziali di assistenza effettuata dal Ministero della salute, ai sensi del comma 172;

b) con specifica intesa tra Stato e regioni, sulla base dei dati forniti dall'Agenzia italiana del farmaco, su proposta del Ministro della salute, sono definite le eventuali compensazioni sugli effetti, per ogni singola regione, derivanti dai provvedimenti a carico delle aziende produttrici di cui all'articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2004, n. 156, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 2004, n. 202, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica programmati, anche ai fini dell'accesso all'integrazione dei finanziamenti a carico dello Stato come stabilito dal citato Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001.

**183.** A partire dal 2005, sulla base delle rilevazioni condotte dall'Agenzia italiana del farmaco, le regioni che non adottano misure di contenimento della spesa farmaceutica adeguate al rispetto dei tetti stabiliti dall'articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento pari al 50 per cento del proprio sfondamento.

**184.** Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato:

a) in deroga a quanto stabilito dall'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 164, al netto di quelle indicate al comma 181, da accreditare sulle contabilità speciali di cui all'articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie regionali;

b) per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni Sicilia e Sardegna anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali

regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni delle medesime regioni;

c) all'erogazione dell'ulteriore 5 per cento o al ripristino del livello di finanziamento previsto dal citato accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, nei confronti delle singole regioni si provvede a seguito della verifica degli adempimenti di cui ai commi 173 e 181;

d) nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 173, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione del CIPE, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005;

e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi.

**185.** All'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, dopo il comma 1, è inserito il seguente:  
«1-bis. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la consegna della tessera sanitaria a tutti i soggetti destinatari, indicati al comma 1, entro il 31 dicembre 2005».

**186.** Nell'ambito delle attività dirette alla definizione e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il Ministero della salute, anche ai fini del controllo e monitoraggio della spesa per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, garantisce in ogni caso la coerente prosecuzione delle azioni in corso con riduzione della spesa per il rinnovo dei contratti per la fornitura di beni e servizi afferenti al funzionamento del NSIS nella misura di cinque punti percentuali, salva la facoltà di ampliare i servizi richiesti nel limite dell'ordinario stanziamento di bilancio.

**187.** In considerazione del rilievo nazionale ed internazionale nella sperimentazione sanitaria di elevata specializzazione e nella cura delle più rilevanti patologie, per l'anno 2005 è autorizzata la spesa di 15 milioni di euro in favore della fondazione «Centro San Raffaele del Monte Tabor».

**188.** Le regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, destinano una quota delle risorse residue al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

