

LEGGE 24 ottobre 2000, n. 323.

Riordino del settore termale.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge disciplina la erogazione delle prestazioni termali al fine di assicurare il mantenimento ed il ripristino dello stato di benessere psico-fisico e reca le disposizioni per la promozione e la riqualificazione del patrimonio idrotermale, anche ai fini della valorizzazione delle risorse naturali, ambientali e culturali dei territori termali.
2. La presente legge promuove, altresì, la tutela e la valorizzazione del patrimonio idrotermale anche ai fini dello sviluppo turistico dei territori termali.
3. Lo Stato e le regioni, nell'ambito delle rispettive competenze, possono promuovere, con idonei provvedimenti di incentivazione e sostegno, la qualificazione del patrimonio idrotermale, ricettivo e turistico e la valorizzazione delle risorse naturali e storico-artistiche dei territori termali.
4. Le regioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definiscono con gli enti interessati gli strumenti di valorizzazione, di tutela e di salvaguardia urbanistico-ambientale dei territori termali, adottati secondo le rispettive competenze. In caso di mancato rispetto del termine, il Governo provvede ad attivare i poteri sostitutivi, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
5. Il Governo, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, è delegato ad emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge un decreto legislativo recante un testo unico delle leggi in materia di attività idrotermali che raccolga, coordinandola, la normativa vigente.
6. Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità e alla attuazione della presente legge secondo quanto disposto dai rispettivi statuti e dalle relative norme di attuazione.

ART. 2.

(Definizioni).

1. Ai fini della presente legge si intendono per:
 - a) acque termali: le acque minerali naturali, di cui al regio decreto 28 settembre 1919, n. 1924, e successive modificazioni, utilizzate a fini terapeutici;
 - b) cure termali: le cure, che utilizzano acque termali o loro derivati, aventi riconosciuta efficacia terapeutica per la tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione delle patologie indicate dal decreto di cui all'articolo 4, comma 1, erogate negli stabilimenti termali definiti ai sensi della lettera d);
 - c) patologie: le malattie, indicate dal decreto di cui all'articolo 4, comma 1, che possono essere prevenute o curate, anche a fini riabilitativi, con le cure termali;
 - d) stabilimenti termali: gli stabilimenti individuati ai sensi dell'articolo 3, ancorché annessi ad alberghi, istituti termali o case di cura in possesso delle autorizzazioni richieste dalla legislazione vigente per l'esercizio delle attività diverse da quelle disciplinate dalla presente legge;
 - e) aziende termali: le aziende, definite ai sensi dell'articolo 2555 del codice civile, o i rispettivi rami, costituiti da uno o più stabilimenti termali;

D territori termali: i territori dei comuni nei quali sono presenti una o più concessioni minerarie per acque minerali e termali.

2. I termini « terme », « termale », « acqua termale », « fango termale », « idrotermale », « idrominerale », « therrnae », « spa (salus per aquam) » sono utilizzati esclusivamente con riferimento alle fattispecie aventi riconosciuta efficacia terapeutica ai sensi del comma 1, lettera b).

ART. 3.

(Stabilimenti termali).

1. Le cure termali sono erogate negli stabilimenti delle aziende termali che:

a) risultano in regola con l'atto di concessione mineraria o di subconcessione o con altro titolo giuridicamente valido per lo sfruttamento delle acque minerali utilizzate;

b) utilizzano, per finalità terapeutiche, acque minerali e termali, nonché fanghi, sia naturali sia artificialmente preparati, muffe e simili, vapori e nebulizzazioni, stufe naturali e artificiali, qualora le proprietà terapeutiche delle stesse acque siano state riconosciute ai sensi del combinato disposto degli articoli 6, lettera t), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e 119, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

c) sono in possesso dell'autorizzazione regionale, rilasciata ai sensi dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

d) rispondono ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti ai sensi dell'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Gli stabilimenti termali possono erogare, in appositi e distinti locali, prestazioni e trattamenti eseguiti sulla superficie del corpo umano il cui scopo esclusivo o prevalente sia quello di mantenerlo in perfette condizioni, di migliorarne e proteggerne l'aspetto estetico, modificandolo attraverso l'eliminazione o l'attenuazione degli inestetismi cutanei presenti.

3. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 2, comma 2, i centri estetici non possono erogare le prestazioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono con idonei provvedimenti normativi la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali e l'integrazione degli stessi con le altre strutture sanitarie del territorio, in particolare nel settore della riabilitazione, avendo riguardo alle specifiche situazioni epidemiologiche ed alla programmazione sanitaria.

5. Le cure termali sono erogate a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4, negli stabilimenti delle aziende termali accreditate, ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

ART. 4.

(Erogazione delle cure termali).

1. Fermo restando quanto stabilito dal decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e successive modificazioni, con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate le patologie per il cui trattamento è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio sanitario nazionale. Il decreto di cui al presente comma assicura agli assistiti dal Servizio sanitario nazionale i cicli di cure termali per la riabilitazione motoria e neuromotoria, per la riabilitazione funzionale del motuleso e per la riabilitazione della funzione cardiorespiratoria e delle funzioni auditive garantiti agli assicurati dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) per ciascuna delle patologie per gli stessi previste.

2. Entro sessanta giorni dalla data di emanazione del decreto di cui al comma 1, il Ministro della sanità, con proprio provvedimento, emana linee guida concernenti l'articolazione in

cicli di applicazione singoli o combinati per ciascuna delle patologie individuate dal decreto di cui al medesimo comma 1.

3. Il decreto di cui al comma 1 è aggiornato periodicamente dal Ministro della sanità sulla base dell'evoluzione tecnico-scientifica e dei risultati dei programmi di ricerca di cui all'articolo 6.

4. L'unitarietà del sistema termale nazionale, necessaria in rapporto alla specificità e alla particolarità del settore e delle relative prestazioni, è assicurata da appositi accordi stipulati, con la partecipazione del Ministero della sanità, tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le organizzazioni nazionali maggiormente rappresentative delle aziende termali; tali accordi divengono efficaci con il recepimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nelle forme previste dagli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

ART. 5.

(Regimi termali speciali e rilancio degli stabilimenti termali).

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce agli assicurati aventi diritto avviati alle cure termali dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dal-
8-11-2000 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 261

l'INAIL i regimi termali speciali di cui all'articolo 6 del decreto-legge 20 settembre 1995, n. 390, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 novembre 1995, n. 490. Le prestazioni economiche accessorie sono erogate dall'INPS e dall'INAIL con oneri a carico delle rispettive gestioni previdenziali.

2. Il regime termale speciale in vigore per gli assicurati dell'INPS si applica, con le medesime modalità, anche agli iscritti ad enti, casse o fondi preposti alla gestione di forme anche sostitutive di assicurazione obbligatoria per l'invalidità, in possesso dei requisiti previsti dall'INPS per l'ammissione al medesimo regime termale speciale.

3. Gli organi periferici degli enti di cui al presente articolo sono tenuti a svolgere le attività necessarie per l'ammissione degli aventi diritto ai regimi termali speciali di cui al comma 1. A tale fine essi provvedono a comunicare una sintesi diagnostica dei singoli casi alla azienda unità sanitaria locale di appartenenza del soggetto avente diritto e a quella nel cui territorio è ubicato lo stabilimento termale di destinazione.

4. A fine di rilanciarne e svilupparne l'attività, gli stabilimenti termali di proprietà dell'INPS sono trasferiti ai sensi dell'articolo 22 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e successive modificazioni.

ART. 6.

(Ricerca scientifica, rilevazione statistico epidemiologica, educazione sanitaria).

1. Il Ministro della sanità può promuovere il coinvolgimento e la collaborazione delle aziende termali per la realizzazione di programmi di ricerca scientifica, di rilevazione statistico-epidemiologica e di educazione sanitaria, mirati anche ad obiettivi di interesse sanitario generale, ferme restando le competenze del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204.

2. A fine della realizzazione dei programmi di cui al comma 1, le regioni si avvalgono delle università, degli enti e degli istituti di ricerca specializzati, per lo svolgimento delle attività relative alla definizione dei modelli metodologici e alla supervisione tecnico-scientifica sulla attuazione degli stessi programmi.

ART. 7.

(Specializzazione in medicina termale).

1.. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, è disciplinato

l'ordinamento didattico della scuola di specializzazione in medicina termale, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

2. In sede di prima applicazione, i medici dipendenti dalle aziende termali alla data di attivazione del primo corso di specializzazione di cui al comma 1 hanno diritto di accedere, anche in soprannumero, alle scuole di specializzazione medesime.

ART. 8.

(Disposizioni sul rapporto di lavoro dei medici termalisti).

1. Ai fini della valutazione nei concorsi pubblici i periodi di servizio prestati dai medici con rapporto di lavoro dipendente presso le aziende termali private accreditate sono equiparati a quelli prestati presso le strutture e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Ai fini dell'inserimento nelle graduatorie regionali per la medicina generale, l'attività resa presso le aziende termali è equiparata all'attività di continuità assistenziale. Le equiparazioni di cui al presente comma operano solo se il servizio è stato prestato in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e con orario di lavoro non inferiore alle 35 ore settimanali.

2. Salvo quanto previsto al comma 3, il rapporto di lavoro o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale del medico che, nell'ambito di tale Servizio, non svolga funzioni direttamente connesse con l'erogazione delle cure termali non è incompatibile con l'attività prestata dallo stesso presso aziende termali senza vincolo di subordinazione.

3. Per quanto riguarda i medici di medicina generale, l'accordo di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'articolo 8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definisce i criteri sulla base dei quali il rapporto di lavoro o di convenzione degli stessi medici con il Servizio sanitario nazionale non è incompatibile con l'attività prestata presso aziende termali senza vincolo di subordinazione.

ART. 9.

(Profili professionali).

1. Il profilo professionale di operatore termale che opera esclusivamente negli stabilimenti termali è disciplinato ai sensi del comma 5 dell'articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

2. Sono fatte salve le competenze delle professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42.

ART. 10.

(Talassoterapia).

1. La Commissione di studio per la definizione medico-scientifica del ruolo delle cure termali nell'ambito delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, definisce altresì i fondamenti scientifici e gli aspetti giuridico economici delle prestazioni erogate dagli stabilimenti talassoterapici e fitobalneoterapici ai fini dell'eventuale inserimento delle stesse tra le prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale.

2. Fino alla conclusione dei lavori della Commissione di cui al comma 1 è prorogata la validità, dei rapporti già in atto con il Servizio sanitario nazionale.

ART. 11.

(Qualificazione dei territori termali).

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 1, commi 3 e 4, nell'ambito dei piani e dei progetti nazionali e comunitari che comportano investimenti straordinari per la promozione e lo sviluppo economico-sociale di aree comprendenti territori a vocazione turistico-termale, lo Stato e le regioni favoriscono la destinazione di adeguate risorse nei confronti degli stessi territori.

ART. 12.

(Promozione del termalismo e del turismo nei territori termali).

1. Nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili e nell'esercizio della propria attività istituzionale l'Ente nazionale italiano per il turismo (ENIT) inserisce nei propri piani e programmi idonee iniziative per la promozione del termalismo nazionale all'estero quale parte integrante della complessiva offerta turistica italiana, utilizzando anche a tale fine l'apporto tecnico-organizzativo di organismi consortili eventualmente costituiti con la partecipazione delle aziende termali e di istituzioni, enti ed associazioni pubblici o privati interessati allo sviluppo dell'economia dei territori termali.

ART. 13.

(Marchio di qualità termale).

1. Con decreto del Ministro dell'ambiente, di concerto con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituito il marchio di qualità termale riservato ai titolari di concessione mineraria per le attività termali, ai quali è assegnato, con decreto del Ministro dell'ambiente, su proposta della regione, secondo le modalità stabilite dalle regioni, in base ai principi indicati ai commi 2 e 3.

2. Il marchio di qualità termale può essere assegnato solo se per il territorio di riferimento della concessione mineraria sono stati adottati gli strumenti di tutela e di salvaguardia urbanistico-ambientale di cui all'articolo 1, comma 4.

3. Il titolare della concessione mineraria per le attività termali presenta alla regione di appartenenza la domanda di assegnazione del marchio di qualità termale unitamente ad una documentazione attestante:

a) l'adozione di apposito bilancio ambientale e la relativa relazione tecnica;

b) la sottoscrizione, certificata dalla competente camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura, di accordi volontari tra gli esercizi alberghieri del territorio - termale per autodisciplinare l'uso più corretto dell'energia e dei materiali di consumo in funzione della tutela dell'ambiente;

c) l'attività di promozione, certificata dalla competente azienda di promozione turistica, per la valorizzazione delle risorse naturali, culturali e storico-artistiche proprie del territorio termale;

d) l'adozione da parte degli enti locali competenti di idonei provvedimenti per la gestione più appropriata dei rifiuti e per la conservazione e la corretta fruizione dell'ambiente naturale.

4. L'assegnazione del marchio di qualità termale è sottoposta a verifica da parte dei Ministeri dell'ambiente e dell'industria, del commercio e dell'artigianato ogni tre anni.

5. Nell'ambito dell'attività di cui all'articolo 12, l'ENIT promuove la diffusione del marchio di qualità termale sul mercato turistico europeo ed extraeuropeo.

ART. 14.

(Pubblicità e sanzioni).

1. L'autorizzazione ad effettuare la pubblicità delle terme e degli stabilimenti termali nonché delle relative acque termali e dei prodotti derivanti dalle stesse, limitatamente a quanto attiene alle cure termali, alle patologie, alle indicazioni e alle controindicazioni di natura clinico-sanitaria, è rilasciata dall'autorità sanitaria competente per territorio, sentito il parere del servizio di igiene.

2. La pubblicità effettuata in violazione di quanto disposto dal comma 1 e dall'articolo 2, comma 2, è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da lire 2 milioni a lire 50 milioni.

3. L'erogazione da parte di centri estetici delle prestazioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), è punita con la multa da lire 5 milioni a lire 100 milioni.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 24 ottobre 2000

CIAMPI

AMATO, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli*: FASSINO

N O T E

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota all'art. 1:

- Il testo dell'art. 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59), è il seguente:

«Art. 5 (Poteri sostitutivi). - 1. Con riferimento alle funzioni e ai compiti spettanti alle regioni e agli enti locali, in caso di accertata inattività che comporti inadempimento agli obblighi derivanti dall'appartenenza alla Unione europea o pericolo di grave pregiudizio agli interessi nazionali, il Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro competente per materia, assegna all'ente inadempiente un congruo termine per provvedere.

2. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, sentito il soggetto inadempiente, nomina un commissario che provvede in via sostitutiva.

3. In casi di assoluta urgenza, non si applica la procedura di cui al comma 1 e il Consiglio dei Ministri può adottare il provvedimento di cui al comma 2, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro competente. Il provvedimento in tal modo adottato ha immediata esecuzione ed è immediatamente comunicato

rispettivamente alla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata "Conferenza Stato-regioni" e alla Conferenza Stato-città e autonomie locali allargata ai rappresentanti delle comunità montane, che ne possono chiedere il riesame, nei termini e con gli effetti previsti dall'art. 8, comma 3, della legge 15 marzo 1997, n. 59.

4. Restano ferme le disposizioni in materia di poteri sostitutivi previste dalla legislazione vigente.».

Note all'art. 2:

- Il regio decreto 28 settembre 1919, n. 1924, reca: «Regolamento per l'esecuzione del capo IV della legge 16 luglio 1916, n. 947, contenente disposizioni sulle acque minerali e gli stabilimenti termali, idroterapici e di cure fisiche e affini.».

- Si riporta il testo dell'art. 2555 del codice civile:

«Art. 2555 (Nozione). -- L'azienda è il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa [c.c. 365, 2082; c.p.c. 670, n. I]. ».

Note all'art. 3:

- Il testo dell'art. 6, primo comma, lettera t) della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), è il seguente:

«Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

a) - s) (omissis);

t) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario.».

- Il testo dell'art. 119, comma 1, lettera d), del citato decreto legislativo n. 112 del 1998 è il seguente:

«1. Sono conservate allo Stato le funzioni amministrative concernenti:

a) - c) (omissis).

d) l'autorizzazione alla pubblicità ed informazione scientifica di medicinali e presidi medico-chirurgici, dei dispositivi medici in commercio e delle caratteristiche terapeutiche delle acque minerali.».

- Il testo dell'art. 43 della citata legge n. 833 del 1978, è il seguente:

«Art. 43 (Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie). - La legge regionale disciplina (autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'art. 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'art. 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'art. 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'art. 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, sempre che 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.

Sino all'emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 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 articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 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.».

- Il testo dell'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modificazioni, è il seguente:

«4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 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. 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, lettera b);
- c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
- d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
- e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;
- f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
- g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
- h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.».

- Il testo dell'art. 8-quater del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dall'art. 8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419), è il seguente:

«Art. 8-quater (Accreditamento istituzionale). - 1. L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, 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 nazionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'art. 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'art. 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

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'art. 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'art. 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, 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:

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 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;

c) le procedure e 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'eguaglianza 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 e 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'art. 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 e 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'art. 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 socio-sanitarie, 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'art. 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 via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.
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'art. 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, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'art. 13, si procede, con le modalità di cui all'art. 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.».

Note all'art. 4.:

- Il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, reca: « Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449».

- Il testo degli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali), come modificato dalla legge 5 febbraio 1999, n. 25, è il seguente:

«Art. 2 (Compiti). -- 1. Al fine di garantire la partecipazione delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano a tutti i processi decisionali di interesse regionale, interregionale ed infraregionale, la conferenza Stato-regioni:

a) promuove e sancisce intese, ai sensi dell'art. 3;

b) promuove e sancisce accordi di cui all'art. 4;

c) nel rispetto delle competenze del comitato interministeriale per la programmazione economica, promuove il coordinamento della programmazione statale e regionale ed il raccordo di quest'ultima con l'attività degli enti o soggetti, anche privati, che gestiscono funzioni o servizi di pubblico interesse aventi rilevanza nell'ambito territoriale delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

d) acquisisce le designazioni dei rappresentanti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, nei casi previsti dalla legge;

e) assicura lo scambio di dati ed informazioni tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano secondo le modalità di cui all'art. 6;

f) fermo quanto previsto dagli statuti speciali e dalle relative norme di attuazione, determina, nei casi previsti dalla legge, i criteri di ripartizione delle risorse finanziarie che la legge assegna alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, anche a fini di perequazione;

g) adotta i provvedimenti che sono ad essa attribuiti dalla legge;

h) formula inviti e proposte nei confronti di altri organi dello Stato, di enti pubblici o altri soggetti, anche privati, che gestiscono funzioni o servizi di pubblico interesse;

i) nomina, nei casi previsti dalla legge, i responsabili di enti ed organismi che svolgono attività o prestano servizi strumentali all'esercizio di funzioni concorrenti tra Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano;

l) approva gli schemi di convenzione tipo per l'utilizzo da parte dello Stato e delle regioni di uffici statali e regionali.

2. Ferma la necessità dell'assenso del Governo, l'assenso delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano per l'adozione degli atti di cui alle lettere f), g) ed i) del comma 1 è espresso, quando non è raggiunta l'unanimità, dalla maggioranza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, componenti la Conferenza Stato-regioni, o da assessori da essi delegati a rappresentarli nella singola seduta.

3. La Conferenza Stato-regioni è obbligatoriamente sentita in ordine agli schemi di disegni di legge e di decreto legislativo o di regolamento del Governo nelle materie di competenza delle regioni o delle province autonome di Trento e di Bolzano che si pronunzia entro venti giorni; decorso tale termine, i provvedimenti recanti attuazione di direttive comunitarie sono emanati anche in mancanza di detto parere. Resta fermo

quanto previsto in ordine alle procedure di approvazione delle norme di attuazione degli statuti delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

4. La Conferenza è sentita su ogni oggetto di interesse regionale che il Presidente del Consiglio dei Ministri ritiene opportuno sottoporre al suo esame, anche su richiesta della conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

5. Quando il Presidente del Consiglio dei Ministri dichiara che ragioni di urgenza non consentono la consultazione preventiva, la Conferenza Stato-regioni è consultata successivamente ed il Governo tiene conto dei suoi pareri:

a) in sede di esame parlamentare dei disegni di legge o delle leggi di conversione dei decreti-legge;
b) in sede di esame definitivo degli schemi di decreto legislativo sottoposti al parere delle commissioni parlamentari.

6. Quando il parere concerne provvedimenti già adottati in via definitiva, la Conferenza Stato-regioni può chiedere che il Governo lo valuti ai fini dell'eventuale revoca o riforma dei provvedimenti stessi.

7. La Conferenza Stato-regioni valuta gli obiettivi conseguiti ed i risultati raggiunti, con riferimento agli atti di pianificazione e di programmazione in ordine ai quali si è pronunciata.

8. Con le modalità di cui al comma 2 la Conferenza Stato-regioni delibera, altresì:

a) gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli relativi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificato motivo, ai sensi dell'art. 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

b) i protocolli di intesa dei progetti di sperimentazione gestionali individuati, ai sensi dell'art. 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

c) gli atti di competenza degli organismi a composizione mista Stato-regioni soppressi ai sensi dell'art. 7.

9. La Conferenza Stato-regioni esprime intesa sulla proposta, ai sensi dell'art. 5, comma 3, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, del Ministro della sanità di nomina del direttore dell'agenzia per i servizi sanitari regionali.».

«Art. 3 (Intese). -- 1. Le disposizioni del presente articolo si applicano a tutti i procedimenti in cui la legislazione vigente prevede un'intesa nella Conferenza Stato-regioni.

2. Le intese si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno, il Consiglio dei Ministri provvede con deliberazione motivata.

4. In caso di motivata urgenza il Consiglio dei Ministri può provvedere senza l'osservanza delle disposizioni del presente articolo. I provvedimenti adottati sono sottoposti all'esame della Conferenza Stato-regioni nei successivi quindici giorni. Il Consiglio dei Ministri è tenuto ad esaminare le osservazioni della Conferenza Stato-regioni ai fini di eventuali deliberazioni successive.».

Note all'art. 5:

- Il testo dell'art. 6 del decreto-legge 20 settembre 1995, n. 390, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 novembre 1995, n. 490 (Provvedimenti urgenti in materia di prezzi di specialità medicinali, nonché in materia sanitaria), è il seguente:

«Art. 6. - 1. Il riferimento alla normativa vigente relativamente alle prestazioni idrotermali, di cui al Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1994, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 171 del 23 luglio 1994, si intende comprensivo anche dei regimi termali speciali INPS e INAIL.».

- Il testo dell'art. 22 della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa), e successive modificazioni, è il seguente:

«Art. 22. - 1. Sono trasferite alle regioni le funzioni amministrative dello Stato in materia di ricerca e utilizzazione delle acque minerali e termali e la vigilanza sulle attività relative. Le partecipazioni azionarie o le attività, i beni, il personale, i patrimoni, i marchi e le pertinenze delle aziende termali, già inquadrate nel soppresso Ente autonomo gestione aziende termali (EAGAT) e del Centro ittico tarantino-campano S.p.a. sono trasferiti a titolo gratuito alle regioni, alle province autonome e ai comuni nel cui territorio sono ubicati gli stabilimenti termali in base ai piani di rilancio di cui al comma 2.

2. Ai fini del trasferimento di cui al comma 1 la regione o la provincia autonoma o ai comuni entro novanta giorni decorrenti dalla data di entrata in vigore della presente legge, presenta al Ministro del tesoro un piano di rilancio delle terme, nel quale sono indicati gli interventi, le risorse ed i tempi di realizzazione con impegno dell'ente interessato al risanamento delle passività dei bilanci delle società termali, senza oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato. Il trasferimento di cui al comma 1 avrà luogo entro sessanta giorni dalla presentazione del piano.

3. Le regioni e le province autonome possono cedere, in tutto o in parte, le partecipazioni nonché le attività, i beni e i patrimoni ad esse trasferiti ai comuni interessati, i quali possono altresì prevedere forme di gestione attraverso società a capitale misto pubblico-privato o attraverso affidamento a privati.

4. Nel caso in cui le regioni o le province autonome o i comuni territorialmente interessati non presentino alcun progetto entro il termine indicato al comma 2, il Ministro del tesoro, anche in deroga alle vigenti norme di legge e di regolamento sulla contabilità dello Stato, determina i criteri per le cessioni, volti a favorire la valorizzazione delle finalità istituzionali, terapeutiche e curative delle aziende interessate, tenuto conto dell'importanza delle stesse per l'economia generale, nonché per gli interessi turistici.».

Nota all'art. 6:

- Il decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, reca: « Disposizioni per il coordinamento, la programmazione e la valutazione della politica nazionale relativa alla ricerca scientifica e tecnologica, a norma dell'art. 11, comma 1, lettera d), della legge 15 marzo 1997, n. 59».

Nota all'art. 7:

- Il testo dell'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo), come da ultimo modificato dalla legge 19 ottobre 1999, n. 490, è il seguente:

«95. L'ordinamento degli studi dei corsi universitari, con esclusione del dottorato di ricerca, è disciplinato dagli atenei, con le modalità di cui all'art. 11, commi 1 e 2, della legge 19 novembre 1990, n. 341, in conformità a criteri generali definiti, nel rispetto della normativa comunitaria vigente in materia, sentiti il Consiglio universitario nazionale e le commissioni parlamentari competenti, con uno o più decreti del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con altri Ministri interessati, limitatamente ai criteri relativi agli ordinamenti per i quali il medesimo concerto è previsto alla data di entrata in vigore della presente legge, ovvero da disposizioni dei commi da 96 a 119 del presente articolo. I decreti di cui al presente comma determinano altresì:

- a) con riferimento ai corsi di cui al presente comma, accorpati per aree omogenee, la durata, anche eventualmente comprensiva del percorso formativo già svolto, l'eventuale serialità dei predetti corsi e dei relativi titoli, gli obiettivi formativi qualificanti, tenendo conto degli sbocchi occupazionali e della spendibilità a livello internazionale, nonché la previsione di nuove tipologie di corsi e di titoli universitari in aggiunta o in sostituzione a quelli determinati dagli articoli 1, 2 3, comma 1 e 4, comma 1, della legge 19 novembre 1990, n. 341, anche modificando gli ordinamenti e la durata di quelli di cui al decreto legislativo 8 maggio 1998, n. 118, in corrispondenza di attività didattiche di base, specialistiche, di perfezionamento scientifico, di alta formazione permanente e ricorrente;
- b) modalità e strumenti per l'orientamento e per favorire la mobilità degli studenti, nonché la più ampia informazione sugli ordinamenti degli studi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici;
- c) modalità di attivazione da parte di università italiane, in collaborazione con atenei stranieri, dei corsi universitari di cui al presente comma, nonché di dottorati di ricerca, anche in deroga alle disposizioni di cui al capo II del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.».

Nota all'art. 8:

- Il testo dell'art. 8, comma 1, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dall'art. 8 del citato decreto legislativo n. 229 del 1999, è il seguente:

« 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

- 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 riacquiescenza della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;
- 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;
- 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 e associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;
- 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) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'art. 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;
- i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;
- l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;
- m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.».

Note all'art. 9:

- Il testo del comma 5 dell'art. 3-^{octies} del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dall'art. 3 del citato decreto legislativo n. 229 del 1999, è il seguente:

« 5. Le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria 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'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici.».

- La legge 26 febbraio 1999, n. 42, reca: «Disposizioni in materia di professioni sanitarie».

Nota all'art. 10:

- Il decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, reca: «Istituzione della commissione di studio per la definizione medico-scientifica del ruolo delle cure termali nell'ambito delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale».