



**CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO**

*Ufficio Atti Istituzionali*

VIII LEGISLATURA

**27 LUG. 2006**

30124 VENEZIA  
PALAZZO FERRO FINI - S. MARCO 2322  
TEL. 041 2701 276/234/237 - TELEFAX 041 2701 239  
E-MAIL: [dratuar@consiglioveneto.it](mailto:dratuar@consiglioveneto.it)

9476

PROT. GEN. N.

OGGETTO:

Progetto di legge n. 169 - VIII legislatura

Disegno di legge relativo a "GOVERNO DELLA DOMANDA ATTRAVERSO I  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA".

Al Signor PRESIDENTE  
della QUINTA Commissione Consiliare

Al Signor PRESIDENTE  
della PRIMA Commissione Consiliare

e per con. Al Signor PRESIDENTE  
della Giunta regionale

Ai Signori PRESIDENTI  
delle Commissioni Consiliari

Ai Signori PRESIDENTI  
dei Gruppi Consiliari

All'Assessore delegato  
per i rapporti tra il  
Consiglio e la Giunta regionale

Alla Segreteria Generale  
della Programmazione

LORO SEDI

Trasmetto - ai sensi dell'art. 39 dello Statuto e degli artt. 20 e 44 del Regolamento - il progetto di legge indicato in oggetto.

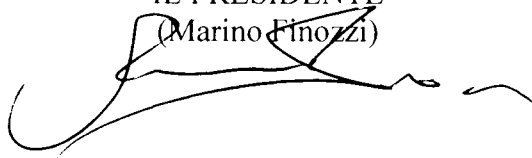
La Quinta Commissione Consiliare presenterà la propria relazione al Consiglio entro i termini previsti dall'art. 24 del Regolamento.

La Prima Commissione Consiliare, ai sensi degli artt. 22 e 26 - primo comma - del Regolamento esprimerà il parere di sua competenza alla Quinta Commissione Consiliare trasmettendolo per conoscenza a questa Presidenza.

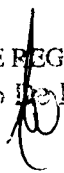
Ove altre commissioni dovessero rilevare nel progetto di legge di cui trattasi, aspetti che rientrano nelle proprie competenze, potranno esprimere il proprio parere alla Commissione incaricata della relazione in aula.

Cordialmente.

IL PRESIDENTE  
(Marino Finozzi)



IL DIRIGENTE REGIONALE  
(dott. Claudio De Donatis)



IL SEGRETARIO GENERALE  
(dott. Franco Anghin)



19 LUG. 2006



# **CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO**

OTTAVA LEGISLATURA

---

## **PROGETTO DI LEGGE N. 169**

---

DISEGNO DI LEGGE di iniziativa della Giunta regionale  
(DGR 15/DDL dell'11 luglio 2006)

### **GOVERNO DELLA DOMANDA ATTRAVERSO I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 18 luglio 2006.  
Trasmesso alle Commissioni consiliari Prima e **QUINTA** e ai Consiglieri regionali il 27 luglio 2006.

## **GOVERNO DELLA DOMANDA ATTRAVERSO I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

*Relazione:*

*Il nuovo A.C.N., reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante Intesa, Rep. n. 2272 del 23 marzo 2005, nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, individua, per la prima volta, fra i motivi di cessazione del rapporto tra le Aziende e gli stessi medici di medicina generale, quello relativo (articolo 19, comma 1, lettera g) dell'A.C.N.) a: "(...) accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'articolo 30."*

*Tale disposizione è collegata all'altra (articolo 4, comma 1 dell'A.C.N.): "Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici (...)."*

*Considerato che questa Regione, con delibera del 30 dicembre 2005 n. 4395, ha definito il proprio Accordo regionale con i medici di medicina generale, si ritiene di specificare, attraverso una norma di legge, l'obbligo di cui all'articolo 19, comma 1, lettera g) dell'A.C.N., per garantire al Sistema socio sanitario regionale condizioni di certezza, efficienza, efficacie ed economicità, anche nei confronti dei compiti e delle attività assicurate dai medici di medicina generale, nel rispetto di quanto previsto dal relativo A.C.N..*

*Quanto sopra si applica anche ai pediatri di libera scelta conformemente al disposto dall'articolo 19, comma 1, lettera g), dell'Accordo collettivo nazionale del 15 dicembre 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.*

*Il presente disegno di legge non comporta oneri a carico del bilancio regionale.*



## **GOVERNO DELLA DOMANDA ATTRAVERSO I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

### **Art. 1 - Governo della domanda attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.**

1. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce con provvedimento, sentite le organizzazioni sindacali, gli obblighi ed i compiti, concernenti il governo della domanda in sanità, che determinano la cessazione del rapporto tra le Aziende Ulss e i medici di medicina generale secondo quanto disposto dall'articolo 19, comma 1, lettera g), dell'Accordo collettivo nazionale del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 del presente articolo, si applicano anche ai pediatri di libera scelta secondo quanto disposto dall'articolo 19, comma 1, lettera g), dell'Accordo collettivo nazionale del 15 dicembre 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.



## **INDICE**

Art. 1 - Governo della domanda attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. ....	3
---	---

PARTE NOTIZIALE  
(aggiornata alla data di presentazione del progetto)

**Nota all'articolo 1**

**Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**

RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2).

**Art. 8** *Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali.*

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'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

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 o 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 o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

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 (3).

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

dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale (4).

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'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 tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

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

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria (5).

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

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

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed

assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria (6).

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma (7).

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

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'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 (8) (9).

5. [L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta delle suddette strutture o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro] (10) (11).

6. [Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato] (12).

7. [Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto] (13) (14).

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo

1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, Legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità (15). In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (16).

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale (17).

9. [Le disposizioni di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, relative al divieto di esercizio di attività libero-professionali comunque prestate in strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, si estendono alle attività prestate nelle istituzioni e strutture private con le quali l'unità sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui al precedente comma 5] (18).

-----  
(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

(2) Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.

(3) Comma prima sostituito dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.) e dall'art. 8, comma 1, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) e poi così modificato dall'art. 6, Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Gazzetta Ufficiale 12 settembre 2000, n. 213, S.O.). Con D.P.R. 19 novembre 1998, n. 458 (Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 1998, n. 304, S.O.) è stato approvato il regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi, i chimici e gli psicologi ambulatoriali. Con

D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272 (Gazzetta Ufficiale 2 ottobre 2000, n. 230, S.O.) corretto con avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 24 gennaio 2001, n. 19 e modificato dal D.P.R. 20 agosto 2001, n. 382 (Gazzetta Ufficiale 23 ottobre 2001, n. 247), è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. Con D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446 (Gazzetta Ufficiale 28 dicembre 2001, n. 300, S.O.) è stato reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi, i chimici e gli psicologi ambulatoriali, relativo al 1998-2000.

(4) Comma aggiunto dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.), poi sostituito dall'art. 8, comma 1, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) ed infine così modificato dall'art. 8, Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Gazzetta Ufficiale 12 settembre 2000, n. 213, S.O.). Il regolamento di cui al presente comma è stato approvato con D.P.C.M. 12 dicembre 1997, n. 502.

(5) Comma così sostituito dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Con D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 (Gazzetta Ufficiale 27 ottobre 1998, n. 251) è stato approvato il regolamento concernente l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, previsto dal presente comma.

(6) Comma aggiunto dall'art. 6, Decreto Legislativo 28 luglio 2000 n. 254 (Gazzetta Ufficiale 12 settembre 2000, n. 213, S.O.). In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.P.C.M. 8 marzo 2001.

(7) Comma aggiunto dall'art. 6, Decreto Legislativo 28 luglio 2000 n. 254 (Gazzetta Ufficiale 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(8) Comma così sostituito dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Il comma 5 è stato poi così modificato dall'art. 6, Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Successivamente, i commi 5, 6 e 7 sono stati abrogati dall'art. 8, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(9) Con riferimento al precedente testo, la Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355 (Gazzetta Ufficiale 4 agosto 1993, n. 32 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 8, quarto comma.

(10) Comma così sostituito dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Il comma 5 è stato poi così modificato dall'art. 6, Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Successivamente, i commi 5, 6 e 7 sono stati abrogati dall'art. 8, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

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

(12) Comma così sostituito dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Il comma 5 è stato poi così modificato dall'art. 6, Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Successivamente, i commi 5, 6 e 7 sono stati abrogati dall'art. 8, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(13) Comma così sostituito dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Il comma 5 è stato poi così modificato dall'art. 6, Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Successivamente, i commi 5, 6 e 7 sono stati abrogati dall'art. 8, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

- (14) Vedi, anche, l'art. 2, commi 7, 8 e 9 Legge 28 dicembre 1995, n. 549.
- (15) Comma aggiunto dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Successivamente, il comma 9 è stato abrogato dall'art. 8, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.). Il regolamento per il giudizio di idoneità di cui al presente comma è stato approvato con D.P.C.M. 30 luglio 1997, n. 365.
- (16) Gli ultimi due periodi sono stati aggiunto dall'art. 8, comma 2, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (17) Comma aggiunto dall'art. 3, Decreto Legislativo 7 giugno 2000, n. 168 (Gazzetta Ufficiale 22 giugno 2000, n. 144).
- (18) Comma aggiunto dall'art. 9, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Successivamente, il comma 9 è stato abrogato dall'art. 8, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.). Il regolamento per il giudizio di idoneità di cui al presente comma è stato approvato con D.P.C.M. 30 luglio 1997, n. 365.
- 

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI  
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI  
DELL'ARTICOLO 8 DEL DECRETO LEISLATIVO N. 502 DEL 1992 e  
successive modificazioni ed integrazioni

ART. 19 - *Cessazione del rapporto convenzionale.*

1. Il rapporto tra le Aziende e i medici di medicina generale cessa:

- a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del medico di medicina generale convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
- b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
- c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
- d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
- e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 36;
- f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n. 295/90. Il componente della medicina generale, di cui all'art. 1, comma 3 della legge citata, è nominato dal Comitato aziendale;
- g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30.

2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art. 30:

- a) l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente accordo e dagli accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso;
  - b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo.
3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di assistenza primaria non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 300 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 23.
4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo per un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.
5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.
6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.



***SCHEMA DI ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA***  
*(Adempimenti di cui all'art. 6 della legge regionale 29 novembre 2001, n. 39)*

Titolo del disegno o progetto di legge: Disegno di legge concernente: "Governo della domanda attraverso i medici di medicina generale."

Numero di riferimento del progetto di legge:

Iniziativa: Giunta regionale

Struttura regionale competente: Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari

Estensore della scheda di analisi economico finanziaria (nome, cognome, telefono, fax, posta elettronica):

Renato Rubin – 041 2793526 – 041 2793430 – renato.rubin@regione.veneto.it

Venezia, 29 maggio 2006

*Barrare con una crocetta:*

DDL o PDL DI SPESA

DDL o PDL NON DI SPESA

*(per i PDL non di spesa è sufficiente compilare le parti prima e terza)*



## **PARTE PRIMA:**

- A) *INDIVIDUAZIONE DEL CONTESTO SOCIO ECONOMICO*
- B) *INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI*
- C) *INDIVIDUAZIONE DELLA TIPOLOGIA DEI BENEFICIARI*

### **A) INDIVIDUAZIONE DEL CONTESTO SOCIO ECONOMICO**

*L'obiettivo di questa parte è quello di collocare l'iniziativa proposta nello specifico contesto economico di riferimento al fine di porre in evidenza la possibile incidenza della stessa rispetto alle dimensioni e alle caratteristiche del fenomeno affrontato: ciò anche mediante l'utilizzo di dati statistici prontamente disponibili relativi agli aspetti economici e sociali interessati dall'iniziativa.*

#### **Quadro A**

Il nuovo A.C.N., reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante Intesa, Rep. n. 2272 del 23/03/2005, nella Conferenza Stato - Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, individua, per la prima volta, fra i motivi di cessazione del rapporto tra le Aziende e gli stessi medici di medicina generale, quello relativo (art. 19, comma 1, lettera g) dell'A.C.N.) a: "(...) accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'articolo 30."

Tale disposizione è collegata all'altra (art. 4, comma 1 dell'A.C.N.): "Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici (...)."

Considerato che questa Regione, con delibera del 30 dicembre 2005 n. 4395, ha definito il proprio Accordo regionale con i medici di medicina generale, si ritiene di specificare, attraverso una norma di legge, l'obbligo di cui all'art. 19, comma 1, lettera g) dell'A.C.N., per garantire al Sistema Socio Sanitario Regionale condizioni di certezza, efficienza, efficacie ed economicità, anche nei confronti dei compiti e delle attività assicurate dai medici di medicina generale, nel rispetto di quanto previsto dal relativo A.C.N..

### **B) INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI INTERVENTI**

*E' necessario individuare, anche in termini quantitativi, gli obiettivi del disegno o progetto di legge; elencandoli nella seguente Tabella B, dove vengono contrassegnati, nella prima colonna, con una sigla caratteristica (O1, O2, O3, ecc.) e sinteticamente descritti nella seconda colonna.*

*Nella stessa Tabella B sono da indicarsi inoltre:*

- *gli interventi strumentali all'attuazione dell'obiettivo che vanno codificati con I 1.1, I 1.2 (colonna 3) e sinteticamente descritti nella colonna 4;*
- *i riferimenti legislativi del DDL o PDL (articolo/i, comma/i, lettera/e) connessi al singolo intervento (colonna 5).*

**Tabella B: Obiettivi ed interventi del disegno o progetto di legge**

Obiettivo	Descrizione obiettivo	Intervento	Descrizione intervento	Articoli DDL o PDL
01	Governo della domanda attraverso i medici di medicina generale	I 1.1	Definizione degli obblighi e dei compiti concernenti il governo della domanda in sanità che determinano la cessazione del rapporto tra le aziende e i medici di medicina generale	A.C.N. 23 marzo 2005 per la MG
		I 1.2		
02		I 2.1		
		I 2.2		
03		I 3.1		
		I 3.2		

**C) INDIVIDUAZIONE DELLA TIPOLOGIA DEI BENEFICIARI**

*Di seguito vanno ad individuarsi i soggetti interessati dal provvedimento, con particolare riguardo ai fruitori dell'intervento regionale (determinati o potenziali), specificando se trattasi di soggetti pubblici e/o privati e stimandone il numero quando questo non sia facilmente determinabile. I beneficiari vanno elencati nella seguente Tabella C, contrassegnanti con una sigla caratteristica (B1, B2, B3, ecc.) nella prima colonna e descritti nella seconda colonna; nella terza colonna si indica il numero presunto dei potenziali beneficiari dell'intervento, specificandone i criteri di determinazione.*

**Tabella C: Beneficiari**

Beneficiario	Descrizione beneficiario	Numero beneficiari *
B1	Assistiti in carico ai MMG	4.097.946
B2	Aziende sanitarie	n. 21
B3		

\*Modalità di quantificazione beneficiari: Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto

## PARTE SECONDA:

D) INDIVIDUAZIONE, CLASSIFICAZIONE E ANALISI DELLE SPESE

E) COPERTURA FINANZIARIA

### D) INDIVIDUAZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLE SPESE

La seguente Tabella D viene utilizzata per individuare ogni singola spesa indotta dall'attuazione del provvedimento, contrassegnandola nella **prima colonna** con una sigla ( S1, S2, ecc.) di riferimento anche per la successiva Tab. E.

Nella **seconda colonna** si inserisce il riferimento delle spese con gli interventi corrispondenti così come codificati nella precedente Tab. B- colonna 3 (es. 11.1, 11.2, ecc.).

Nella **terza colonna** è da citare l'articolo del testo legislativo cui fa riferimento la spesa corrispondente (vedi anche Tab. B - colonna 5).

Nella **quarta colonna** si descrive con precisione la spesa.

Nella **quinta colonna** è necessario specificare la natura economica della spesa: "C" per spesa corrente; "I" per spesa d'investimento.

Nella **sesta colonna** si indica il carattere temporale della spesa secondo la seguente codifica: "A-C/R" per Annuale Continuativa/ricorrente; "A-UT" per Annuale Una tantum; "P-C/R" per Pluriennale Continuativa/ricorrente; "P-UT" per Pluriennale Una tantum.

Nell'**ottava colonna** si indica l'ammontare previsto della spesa corrispondente, per ogni esercizio del bilancio pluriennale, da specificare in **colonna sette**.

Nell'**ultima colonna** vanno esplicitati i criteri che sono stati utilizzati per quantificare la spesa corrispondente.

**Tabella D: Elenco delle spese**

Codice Spesa	Rif. Intervento/i	Artt. PDL	Descrizione spesa	Tipo	Carattere temporale	Anno	Importo previsto spesa	Criteri di quantificazione della spesa
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								

## E) COPERTURA FINANZIARIA

La seguente Tabella E è il completamento della precedente Tab. D, individuando per ogni spesa elencata in Tab. D, e contrassegnata dal codice corrispondente da riportare in colonna 1, le risorse finanziarie da utilizzarsi ai fini della copertura finanziaria.

Ripartendo dagli elementi già presenti nella Tabella D: codice spesa, anno e ammontare, vanno di seguito indicate le modalità di finanziamento delle spese:

1. **Allocazione risorse in bilancio:** si indicano la/le unità previsionali di base (UPB) di imputazione della spesa in bilancio e l'ammontare corrispondente, sia che riguardi UPB già presenti in bilancio, che da istituire;
2. **Copertura finanziaria:** si precisano le modalità di copertura della spesa, che possono essere:
  - a) utilizzo dello stanziamento dell'UPB di imputazione della spesa già approvato e previsto nel Bilancio regionale annuale e pluriennale;
  - b) riduzione di stanziamenti di altre UPB di spesa già approvati e previsti nel Bilancio regionale annuale e pluriennale, e corrispondente incremento dello stanziamento dell'UPB di imputazione;
  - c) prelevamento di somme dalle UPB di Fondo speciale per le spese correnti (U0185) e di Fondo speciale per le spese d'investimento (U0186), precisando la/le partita/e interessata/e, e corrispondente incremento dello stanziamento dell'UPB di imputazione;
  - d) nuove o maggiori entrate (proprie o trasferimenti statali), indicando l'eventuale UPB di entrata dove allocarsi.

Un vincolo da rispettare è la natura economica delle spese (corrente/investimento): non sono possibili storni tra UPB di diversa natura economica; in particolare una spesa di natura corrente non può essere finanziata mediante prelevamento dal Fondo speciale per le spese d'investimento o mediante riduzione di un'UPB relativa a spese d'investimento.

Si fa presente inoltre che per le spese di carattere continuativo la copertura deve essere individuata per ognuno degli esercizi del bilancio pluriennale.

Tabella E: Copertura finanziaria

CODICE SPESA	ANNO	ALLOCAZIONE RISORSE IN BILANCIO		COPERTURA FINANZIARIA	
		(indicare le UPB di imputazione della spesa - esistenti o da istituire)	Importo	(indicare le modalità/UPB - vedi precedenti punti a, b, c e d)	Importo
S1					
S2					
S3					
S4					
S5					



**PARTE TERZA:**  
**NOTE ED OSSERVAZIONI**

*In quest'ultima sezione si effettuano osservazioni utili alla migliore comprensione del disegno o progetto di legge oggetto della scheda, con particolare attenzione sugli aspetti procedurali e organizzativi, indicando le modalità e i tempi di attuazione delle procedure previste nella legge.*

**ASPETTI PROCEDURALI:**

La Giunta regionale, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce con provvedimento, sentite le organizzazioni sindacali, gli obblighi e i compiti, concernenti il governo della domanda in sanità, che determinano la cessazione del rapporto tra le aziende ulss e i medici di medicina generale.

**ASPETTI ORGANIZZATIVI:**

Si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro, composto di esperti della Regione e delle Aziende sanitarie, per l'individuazione degli obblighi e dei compiti in oggetto.

**ALTRO:**

Per informazioni:  
Direzione Bilancio e Controllo di Gestione  
Tel. 041 2791107 – 2791183  
Fax. 041 2791115  
e-mail: dir.bilancio@regione.veneto.it



07/06/2006

Protocollo N° 348130/42.00.01

Allegati N°

tto

**Adempimenti di cui all'art.6 della legge regionale n. 39/2001 (scheda di analisi economico-finanziaria) relativi al DDL "Governare della domanda attraverso i medici di medicina generale".**

INOLTRATA TRAMITE FAX

Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari  
Dott. Giampietro Rupolo

Con il DDL in oggetto si intende specificare l'obbligo, previsto dall'art. 19, comma 1, lettera g) dell'A.C.N., per garantire al Sistema Socio Sanitario Regionale condizioni di certezza, efficienza, efficacia ed economicità, anche nei confronti dei compiti e delle attività assicurate dai medici di medicina generale, nel rispetto di quanto previsto dal relativo A.C.N.

Il Disegno di legge ha un contenuto prevalentemente dispositivo che non comporta oneri finanziari per il bilancio regionale; non vi sono, pertanto, osservazioni specifiche.

In merito agli altri aspetti si rinvia alla scheda di analisi economico finanziaria predisposta dalla struttura.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE REGIONALE

Dott.ssa Caterina De Pietro

Direzione Bilancio

S. Croce, 1187 - 30125 Venezia - Tel. 041/2791107 - Fax 041/2791115