

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

N. 1917

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della difesa

(MARTINO)

di concerto col Ministro della salute

(SIRCHIA)

e col Ministro per la funzione pubblica

(MAZZELLA)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 10 GENNAIO 2003

Delega al Governo per il riordino del Servizio sanitario militare

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Analisi tecnico-normativa	»	6
Analisi di impatto della regolamentazione (AIR)	»	10
Disegno di legge	»	12

ONOREVOLI SENATORI. - La sanità militare è una componente di fondamentale importanza per la funzionalità e l'autosufficienza delle Forze armate.

L'attuale modello organizzativo, risalente all'inizio del secolo scorso, risulta inadeguato al ruolo oggi assegnato alle Forze armate in campo nazionale e internazionale e non rispondente ai moderni criteri di efficienza ed economicità che devono ispirare le gestioni amministrative pubbliche.

Per corrispondere all'esigenza di rinnovamento, è necessario ridisegnare l'organizzazione del settore in un'ottica di razionale ed economica gestione delle risorse umane e materiali, valorizzando l'importante contributo che la sanità militare può fornire al Servizio sanitario nazionale, attraverso forme di integrazione e cooperazione, a beneficio dell'intera collettività e nel campo della ricerca.

Coerentemente con quanto evidenziato, l'organizzazione della sanità militare, attualmente suddivisa in quattro distinte componenti, tante quante sono le Forze armate, dovrà assumere una connotazione interforze, secondo un modello già ampiamente sperimentato in altri paesi.

La complessità dell'intervento di riordino, che coinvolge profili tecnici relativi alla struttura organizzativa delle Forze armate e alla disciplina giuridica del personale, rende opportuno il ricorso allo strumento della delega legislativa.

Il presente disegno di legge è inteso a conferire al Governo la delega ad adottare, entro un anno, sentite le rappresentanze del personale e acquisiti i pareri delle competenti Commissioni parlamentari, uno o più decreti legislativi per il riordino del Servizio sanitario militare, secondo i previsti principi e criteri direttivi.

La disciplina proposta, nel rispetto delle competenze e delle autonomie riconosciute dalle norme costituzionali, è diretta altresì a inserire proficuamente la sanità militare nel campo della ricerca e nel settore delle emergenze connesse con azioni belliche e terroristiche in relazione alle attività di prevenzione, assistenza e cura.

In particolare, l'articolo 1 definisce i compiti del Servizio sanitario militare, ribadendo, in via ricognitiva, la missione fondamentale del Servizio, che comprende, accanto alla prioritaria funzione di supporto sanitario per le esigenze operative delle Forze armate, importanti compiti di interesse anche per l'utenza non militare, quali l'attività medico-legale, il supporto assistenziale in caso di pubbliche calamità, le attività di ricerca e sviluppo in specifici settori sanitari, quali quelli attinenti al rischio chimico, batteriologico e nucleare. Nello svolgimento di tali compiti viene richiamata l'attività di concorso dei Corpi militari ausiliari delle Forze armate.

L'articolo 2 conferisce la delega legislativa al Governo e ne fissa i principi e criteri direttivi. In particolare, è stabilito il principio secondo cui il riordino deve essere prioritariamente improntato alla salvaguardia delle esigenze operative delle Forze armate. E' prevista inoltre la radicale riorganizzazione, in un'ottica interforze, del Servizio sanitario militare - attualmente gestito autonomamente nell'ambito di ciascuna Forza armata e dell'Arma dei carabinieri - secondo una duplice articolazione, a livello centrale e presso ciascuna Forza armata.

L'articolazione centrale fa capo all'Ispettorato centrale - posto alle dipendenze del Capo di stato maggiore della difesa - che, quale organo di vertice dell'intero Servizio, svolge compiti di direzione tecnico-ammini-

strativa, di pianificazione e coordinamento dell'attività sanitaria, nonché di gestione delle risorse del Servizio. All'Ispettorato è, altresì, demandato il compito di ripartire il personale sanitario militare tra l'articolazione centrale e quelle di Forza armata sulla base di un piano approvato dal Capo di stato maggiore della difesa, sentiti i Capi di stato maggiore di Forza armata e il Comandante generale dell'Arma dei carabinieri. La costituzione dell'Ispettorato come centro unitario di direzione e coordinamento del Servizio risponde a criteri di razionalizzazione organizzativa, in quanto consente una politica organica di gestione e un ottimale utilizzo delle risorse della sanità militare, finora amministrata «per comparti» dalle singole Forze armate.

Nel Servizio sanitario interforze sono inquadrati, alle dipendenze dell'Ispettorato centrale: la rete ospedaliera e i centri medico-legali (ossia tutte le strutture sanitarie diffuse sul territorio, deputate all'assistenza, diagnosi e cura delle malattie e alle attività medico-legali); un reparto sanitario di intervento rapido, quale unità sanitaria mobile in grado di fronteggiare tempestivamente emergenze operative interne ed esterne al territorio nazionale; l'Istituto di formazione e l'Istituto di studi e ricerca, in sostituzione dei preesistenti Istituti di Forza armata; l'Istituto chimico-farmaceutico militare, di particolare importanza per l'apporto che può fornire in relazione alla produzione e commercializzazione dei cosiddetti farmaci orfani.

L'articolazione a livello di Forza armata comprende: una Direzione di sanità presso ciascuna Forza armata, compresa l'Arma dei carabinieri, alle dipendenze del relativo Capo di stato maggiore ovvero del Comandante generale dell'Arma dei carabinieri, con compiti di direzione e coordinamento delle attività del Servizio presso la Forza armata o l'Arma dei carabinieri; da ciascuna Direzione di sanità dipendono gli organi sanitari di grande unità, i centri specializzati di preminente interesse di Forza armata, an-

che ai fini dell'accertamento di specifiche idoneità operative (quali, ad esempio, i centri di medicina dell'Aeronautica militare), le infermerie di corpo e le unità sanitarie campali o imbarcate, che forniscono l'assistenza sanitaria di primo livello alle truppe nelle sedi di servizio ovvero durante le operazioni.

Con riguardo al personale sanitario, criterio direttivo della delega è quello relativo al riordino dei ruoli, mediante la costituzione, nei limiti delle attuali consistenze organiche degli ufficiali delle Forze armate e comunque senza oneri aggiuntivi, di uno o più ruoli unificati degli ufficiali del Corpo sanitario militare (in cui confluirebbero gli ufficiali finora appartenenti ai ruoli sanitari delle singole Forze armate e gli ufficiali sanitari presenti nel ruolo tecnico-logistico dell'Arma dei carabinieri); la disciplina relativa ai nuovi ruoli dovrà contemplare le modalità di trasferimento del personale nel ruolo unificato, definire le consistenze organiche dei singoli gradi, le permanenze, i requisiti, i titoli e le modalità di reclutamento e di avanzamento, nonché le aliquote di valutazione e il numero delle promozioni annue per ciascun grado, in armonia con quanto previsto, rispettivamente, per i ruoli delle Forze armate e dell'Arma dei carabinieri dai decreti legislativi 30 dicembre 1997, n. 490, e 5 ottobre 2000, n. 298, e successive modificazioni. Un analogo intervento riguarda l'istituzione dei ruoli sanitari dei sottufficiali, per lo svolgimento dei compiti sanitari di natura tecnica e ausiliaria. Al riguardo, il disegno di legge delega dispone che, in fase di prima applicazione, nei nuovi ruoli potrà confluire, a domanda, il personale dei ruoli dei sottufficiali delle Forze armate in possesso di titolo professionale inerente all'ambito sanitario ovvero che abbia conseguito la relativa specializzazione presso l'amministrazione militare. Infatti, ferma restando l'opportunità di continuare ad avvalersi del suddetto personale, è stato ritenuto necessario prevedere la volontarietà del transito in ragione del diverso profilo dei nuovi ruoli, che comporta

un vero e proprio cambiamento di *status* degli interessati, per i quali al momento la specializzazione di carattere sanitario è aggiuntiva rispetto alle funzioni proprie della Forza armata e del ruolo di appartenenza.

Ulteriore principio del riordino è quello della complementarietà e integrazione del Servizio sanitario militare con quello nazionale, che dovrà essere realizzata attraverso forme di collaborazione e scambio di esperienze professionali, nonché mediante l'integrazione funzionale e operativa dei due servizi. A tale scopo, il disegno di legge richiama le disposizioni di cui all'articolo 8-*quinquies*, commi 2-*bis* e 2-*ter*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni che prevedono la stipula di appositi accordi con le regioni per l'accreditamento delle strutture sanitarie militari. E' stabilito, altresì, che nelle convenzioni stipulate con i medici non militari, ai sensi della legge 21 giugno 1986, n. 304, sia contemplata la facoltà di recesso della Difesa in casi determinati, quali la soppressione della struttura sanitaria di impiego del personale convenzionato o la sopravvenuta disponibilità di personale sanitario interno all'amministrazione ovvero la perdita dei requisiti ai fini della sicurezza militare dello Stato.

È demandata inoltre alla legislazione delegata la promozione di forme di collaborazione con le università degli studi e gli istituti scientifici nei settori della ricerca e della formazione.

Viene confermata, al fine di disincentivare l'esodo del personale medico militare, la possibilità di svolgere, fatte salve le esigenze della Difesa, l'attività professionale libera o in regime di convenzione.

L'articolo 3 prevede, a decorrere dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di riordino, la soppressione della Direzione generale della sanità militare, con transito del relativo personale al nuovo Ispettorato centrale, stabilendo, altresì, che le strutture ordinarie del Servizio sanitario militare siano individuate con decreto del Ministro della difesa, su proposta del Capo di stato maggiore della difesa.

L'articolo 4 prevede il termine di entrata in vigore della legge.

L'attuazione della riforma del Servizio sanitario militare non comporta oneri finanziari aggiuntivi - e pertanto non è stata redatta la relazione tecnica - atteso che il riordino delle strutture, eliminando duplicazioni organizzative e gestionali, può determinare, al contrario, risparmi di spesa derivanti da un più razionale ed economico utilizzo delle risorse, mentre il riordino delle carriere del personale è realizzato nel rispetto delle attuali consistenze organiche.

Il disegno di legge non comporta oneri finanziari aggiuntivi neppure con riferimento alla corresponsione di speciali indennità correlate allo svolgimento dell'attività sanitaria, la cui previsione si ritiene debba essere rimandata allorché siano disponibili le necessarie risorse finanziarie.

ANALISI TECNICO-NORMATIVA

1. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI IN SENSO STRETTO

a) *Necessità dell'intervento normativo*

L'intervento si rende necessario in quanto l'attuale modello organizzativo della sanità militare, disegnato da norme risalenti nel tempo, risulta inadeguato alle nuove esigenze imposte dal ruolo assegnato alle Forze armate in campo nazionale e internazionale, dalla riorganizzazione dello strumento militare su base professionale e dalla relativa evoluzione in termini interforze, nonché per improntare il servizio a generali criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Ulteriore profilo di opportunità dell'intervento è quello di prevedere misure incentivanti a favore del personale medico militare, allo scopo di promuoverne la professionalità e di dissuadere l'esodo verso la sanità civile.

b) *Analisi del quadro normativo*

Attualmente le competenze in materia di sanità militare sono attribuite, a livello centrale, alla Direzione generale della sanità militare, prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 18 novembre 1965, n. 1478, e disciplinata dai decreti ministeriali in data 30 settembre 1966, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 280 del 9 novembre 1966, 31 dicembre 1971, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 1972, e 26 giugno 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 182 del 4 luglio 1980. La Direzione generale sovrintende all'attività sanitaria militare di prevenzione e cura, all'attività medico-legale, alla ricerca scientifica, alla formazione del personale tecnico specializzato, svolgendo, altresì, attività di studio, sviluppo tecnico e approvvigionamento dei materiali sanitari e farmaceutici; gestisce inoltre le relative attività di natura contrattuale e finanziaria.

Le specifiche attribuzioni in materia sono esercitate, a livello territoriale, da ciascuna Forza armata che le svolge attraverso organi centrali tecnici, denominati ispettorati di sanità, dipendenti dai rispettivi Stati maggiori.

Le competenze relative all'organizzazione sanitaria militare e ai servizi sanitari delle Forze armate sono mantenute allo Stato dall'articolo 6, primo comma, lettere v) e z), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto concerne i ruoli del personale sanitario militare, la normativa di riferimento è, per gli ufficiali, quella stabilita dal decreto legislativo 30 dicembre 1997, n. 490, che prevede per ciascuna Forza armata distinti ruoli del Corpo sanitario. Per l'Arma dei carabinieri, il decreto legi-

slativo 5 ottobre 2000, n. 298, individua, nell'ambito del ruolo tecnico-logistico degli ufficiali, il comparto sanitario. Per quanto riguarda, invece, i sottufficiali, i decreti legislativi 12 maggio 1995, n. 196, e 12 maggio 1995, n. 198, non prevedono alcun ruolo tecnico.

c) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e regolamenti vigenti

Trattandosi di conferimento di delega legislativa, il provvedimento non incide immediatamente sulla normativa vigente, essendo tale effetto conseguente all'emanazione dei decreti legislativi attuativi.

d) Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario

L'intervento non presenta aspetti di incompatibilità con l'ordinamento comunitario, trattandosi di disposizioni riguardanti l'organizzazione ed il personale delle Forze armate, di esclusiva competenza degli ordinamenti nazionali.

e) Analisi della compatibilità con le competenze delle regioni ordinarie ed a statuto speciale

Il disegno di legge non incide sulle competenze legislative attribuite alle regioni dall'articolo 117 della Costituzione, nel testo novellato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Invero, la disciplina dell'organizzazione sanitaria militare e dei Servizi sanitari delle Forze armate con compiti di accertamento tecnico-sanitario delle condizioni di salute del personale militare è riconducibile alle materie «difesa e Forze armate», di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera *d*), della Costituzione, di competenza esclusiva dello Stato. Al riguardo risulta, infatti, preminente il carattere di organizzazione strettamente strumentale alla funzionalità dell'organismo militare rispetto al profilo di tutela della salute, oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dello stesso articolo 117, terzo comma.

Con riguardo alle disposizioni in materia di cooperazione e integrazione con il Servizio sanitario nazionale (articolo 2, comma 1, lettera *e*), le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiamate prevedono l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

f) *Verifica della coerenza con le fonti legislative primarie che dispongono il trasferimento di funzioni alle regioni ed agli enti locali*

Le disposizioni del disegno di legge risultano coerenti con le fonti legislative primarie che dispongono il trasferimento di funzioni alle regioni ed agli enti locali.

g) *Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione*

Trattandosi di conferimento di delega legislativa, le disposizioni del disegno di legge non possono costituire oggetto di atti normativi secondari. Al riguardo l'intervento della fonte normativa primaria è ritenuto necessario, considerato che l'intervento di riordino coinvolge profili relativi alla struttura organizzativa delle Forze armate e ai ruoli del personale militare.

2. ELEMENTI DI DRAFTING E LINGUAGGIO NORMATIVO

a) *Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso*

Il testo non introduce nuove definizioni normative.

b) *Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni subite dai medesimi*

I riferimenti normativi contenuti nel disegno di legge risultano corretti, anche con riguardo alle successive modificazioni.

c) *Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti*

Trattandosi di conferimento di delega legislativa per il riordino della sanità militare, non rileva il ricorso alla tecnica della novella legislativa.

- d) *Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo*

Gli effetti abrogativi conseguiranno all'emanazione dei decreti legislativi attuativi della delega conferita dal disegno di legge e, pertanto, saranno disciplinati in tale sede.

3. ULTERIORI ELEMENTI

- a) *Indicazione delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo progetto*

Sulla materia trattata non risultano particolari orientamenti giurisprudenziali, né sono pendenti questioni di costituzionalità in merito.

- b) *Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter*

In materia di riordino della sanità militare sono stati presentati in Parlamento due progetti di legge di iniziativa parlamentare (atto Senato n. 452, d'iniziativa del senatore Meleleo e altri; atto Camera n. 1226, d'iniziativa dell'onorevole Molinari).

ANALISI DI IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (AIR)

a) *Ambito dell'intervento; destinatari diretti ed indiretti*

L'intervento mira a riorganizzare il Servizio sanitario militare, ossia l'insieme delle strutture di comando e coordinamento, operative (ossia le strutture ospedaliere, diagnostiche e campali), di formazione e di ricerca, volte ad assolvere ai compiti di tutela della salute del personale militare.

Destinatari diretti dell'intervento sono, anzitutto, le strutture del Servizio sanitario militare.

Altra fondamentale categoria di destinatari diretti è quella del personale sanitario militare, interessato anche dalla riorganizzazione dei relativi Ruoli.

Destinatari indiretti dell'intervento sono gli utenti del Servizio, tra cui devono annoverarsi, oltre al personale militare ovunque impiegato, il personale civile della Difesa nonché le altre categorie di soggetti individuate dalla legge.

b) *Obiettivi e risultati attesi*

L'intervento è inteso a realizzare un più razionale ed economico utilizzo delle risorse della sanità militare, una maggiore integrazione del Servizio sanitario militare con quello nazionale, nonché a valorizzare e a promuovere la professionalità del personale sanitario militare.

In particolare, dalla ristrutturazione in termini interforze del Servizio dovrebbe risultare una maggiore flessibilità nella gestione dello stesso, con conseguenti risparmi di spesa correlati ad un più razionale utilizzo delle risorse.

c) *Illustrazione della metodologia di analisi adottata*

La valutazione dei costi e benefici dell'intervento è stata effettuata sulla base di criteri di carattere qualitativo.

d) *Impatto diretto ed indiretto sull'organizzazione e sull'attività delle pubbliche amministrazioni; condizioni di operatività.*

L'impatto organizzativo dell'intervento attiene agli aspetti relativi al riassetto in termini interforze del Servizio (formazione, trasferimento di strutture e personale e riallocazione delle competenze). Giova rilevare, al riguardo, che il suddetto riassetto è direttamente funzionale ad una

più economica gestione del Servizio attraverso l'eliminazione di inutili duplicazioni funzionali. Pertanto, dall'introduzione del nuovo modello si prevedono risparmi connessi alla riduzione delle attuali articolazioni organizzative e alla più razionale utilizzazione delle risorse.

e) *Impatto sui destinatari diretti*

I benefici previsti a vantaggio delle strutture del Servizio sanitario militare sono quelli derivanti dalla più razionale ed economica gestione delle risorse umane e materiali.

Con riguardo al personale sanitario militare i benefici attengono alle ulteriori opportunità di impiego delle relative professionalità connesse all'applicazione della disciplina prevista per i medici non militari.

f) *Impatto sui destinatari indiretti*

I benefici previsti a favore dei destinatari indiretti derivano dalla possibilità di fruire di un Servizio sanitario militare rispondente a moderni criteri di efficienza, nonché dai vantaggi connessi alla valorizzazione del contributo che la sanità militare può fornire al Servizio sanitario nazionale attraverso idonee forme di integrazione e cooperazione.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Compiti del Servizio sanitario militare)

1. Il Servizio sanitario militare, di seguito denominato «Servizio», è l'organizzazione di persone, materiali, mezzi ed infrastrutture volta ad assicurare l'assistenza sanitaria al personale militare ovunque impiegato.

2. Il Servizio svolge le seguenti attività:

a) prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del personale militare e civile dell'Amministrazione della difesa, anche in quiescenza, nonché, nei casi previsti dalla legge, di altri soggetti;

b) accertamento e controllo dell'idoneità psico-fisica al servizio del personale militare, anche ai fini del reclutamento, e del personale civile dell'Amministrazione della difesa;

c) attività medico-legale nei confronti del personale e degli altri soggetti di cui alla lettera *a)*;

d) tutela della salute del personale militare e civile nei luoghi di lavoro militari in tempo di pace, ai sensi del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni;

e) formazione, qualificazione e aggiornamento professionale del personale sanitario militare;

f) ricerca, sperimentazione e sviluppo nei settori sanitari di specifico interesse militare, tra i quali quelli attinenti al rischio chimico, batteriologico e nucleare;

g) concorso alla prevenzione e allo studio delle patologie di particolare rilevanza medico-sociale e del disagio giovanile;

h) concorso all'assistenza e al soccorso della collettività nazionale nei casi previsti

dall'articolo 1, comma 5, della legge 14 novembre 2000, n. 331;

i) missioni umanitarie all'estero in adempimento delle direttive impartite dal Governo;

l) medicina veterinaria in ambito militare;

m) attività relative al settore farmaceutico e alla farmacovigilanza in ambito militare.

3. Le attività di cui al comma 2 sono esercitate anche con il concorso del Corpo militare e del Corpo delle infermiere volontarie della Croce rossa italiana, nonché del Corpo militare del Sovrano militare ordine di Malta, quali corpi ausiliari delle Forze armate, nelle forme previste dalle leggi e dai regolamenti.

Art. 2.

(Delega al Governo per il riordino del Servizio sanitario militare)

1. Al fine di adeguare il Servizio alla nuova configurazione delle Forze armate e di valorizzarne i compiti, anche ai fini della cooperazione con il Servizio sanitario nazionale, il Governo è delegato ad adottare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le rappresentanze del personale, acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari che si esprimono entro sessanta giorni dalla data di trasmissione, uno o più decreti legislativi per il riordino del Servizio, senza oneri aggiuntivi, secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

a) disciplinare le attività e l'organizzazione del Servizio in modo da salvaguardare in via prioritaria le esigenze operative delle Forze armate;

b) riorganizzare in un unico servizio interforze gli attuali servizi di sanità di Forza armata, compresa l'Arma dei carabinieri, secondo criteri di efficienza e di economicità e

nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili, prevedendo:

1) l'Ispettorato della sanità militare, quale organo di vertice del Servizio posto alle dipendenze del Capo di stato maggiore della difesa, con compiti di direzione tecnica, logistica e amministrativa, di pianificazione e coordinamento delle attività, di ripartizione e gestione delle risorse umane e strumentali previa approvazione del Capo di stato maggiore della difesa, sentiti i Capi di stato maggiore di Forza armata e il Comandante generale dell'Arma dei carabinieri. Dall'Ispettorato, retto da un ufficiale dei Ruoli del Corpo sanitario militare di cui alla lettera c), in possesso del grado vertice, dipendono direttamente:

1.1) la rete ospedaliera militare ed i centri medico-legali;

1.2) il reparto sanitario di intervento rapido, quale unità sanitaria mobile in grado di fronteggiare tempestivamente emergenze operative interne ed esterne al territorio nazionale;

1.3) l'Istituto di formazione e l'Istituto di studi e ricerche, in sostituzione dei corrispondenti organismi di Forza armata, anche mediante l'accorpamento di quelli esistenti;

1.4) l'Istituto chimico-farmaceutico militare per la produzione di farmaci e di materiale sanitario per il Servizio, nonché, previa intesa tra il Ministero della difesa e il Ministero della salute, di farmaci non commerciali di rilevanza sociale;

2) una Direzione di sanità presso ciascuna Forza armata, compresa l'Arma dei carabinieri, alle dipendenze del rispettivo Capo di stato maggiore di Forza armata ovvero del Comandante generale dell'Arma dei carabinieri, e con dipendenza funzionale dall'Ispettorato centrale, con compiti di direzione e di coordinamento delle attività degli organi del Servizio presso la Forza armata e l'Arma dei carabinieri. Da ciascuna Direzione di sanità

dipendono, secondo gli ordinamenti di Forza armata:

2.1) gli organi sanitari di grande unità;

2.2) i centri specializzati di preminente interesse di Forza armata, anche ai fini dell'accertamento di specifiche idoneità operative;

2.3) le infermerie di corpo e le unità sanitarie campali o imbarcate;

c) istituire, in relazione alle esigenze operative e funzionali, fermi restando i volumi organici degli ufficiali delle Forze armate e comunque senza oneri aggiuntivi, uno o più ruoli degli ufficiali in servizio permanente del Corpo sanitario militare, prevedendo:

1) l'unificazione dei ruoli normali e speciali degli ufficiali dei Corpi sanitari delle Forze armate e del ruolo tecnico-logistico, comparto sanitario, degli ufficiali dell'Arma dei carabinieri;

2) le modalità di trasferimento del personale nei ruoli unificati, i requisiti, i titoli e le modalità di reclutamento, le consistenze organiche dei singoli gradi, le permanenze e le modalità di avanzamento, nonché le aliquote di valutazione e il numero delle promozioni annue per ciascun grado, in armonia con quanto previsto dai decreti legislativi 30 dicembre 1997, n. 490, e 5 ottobre 2000, n. 298, e successive modificazioni, e fatti salvi i vincoli normativi previsti in materia di assunzione del personale;

3) la riduzione del ruolo tecnico-logistico dell'Arma dei carabinieri di un numero di unità corrispondente a quelle transitate nel ruolo sanitario unificato;

4) l'istituzione, presso lo Stato maggiore della difesa, di apposite commissioni di valutazione per l'avanzamento degli ufficiali del Servizio, composte anche da rappresentanti della Forza armata presso la quale gli ufficiali da valutare sono impiegati;

5) la disciplina transitoria per pervenire ai nuovi assetti ordinamentali, salvaguar-

dando i profili di carriera e mantenendo inalterata l'operatività del Servizio;

d) istituire, per l'assolvimento dei compiti di natura tecnica e ausiliaria, fermi restando i volumi organici complessivi dei ruoli dei sottufficiali delle Forze armate e comunque senza oneri aggiuntivi, il ruolo sanitario dei marescialli in servizio permanente e il ruolo sanitario dei sergenti in servizio permanente, prevedendo:

1) in fase di prima applicazione, l'immissione nei nuovi ruoli, a domanda, dei sottufficiali delle Forze armate in possesso di titolo professionale nell'ambito sanitario oppure di specializzazione conseguita presso le Forze armate;

2) i requisiti, i titoli e le modalità di reclutamento, le consistenze organiche dei singoli gradi, le permanenze e le modalità di avanzamento, in armonia con quanto previsto dai decreti legislativi 12 maggio 1995, n. 196, e 12 maggio 1995, n. 198, e successive modificazioni, e fatti salvi i vincoli normativi previsti in materia di assunzione del personale;

3) le disposizioni transitorie per pervenire ai nuovi assetti ordinamentali, salvaguardando i profili di carriera del personale e l'operatività del Servizio;

e) incentivare la cooperazione con il Servizio sanitario nazionale, prevedendo forme di collaborazione e di scambio di esperienze e la partecipazione del Servizio all'elaborazione di proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale con riferimento ai settori di specifica competenza dell'Amministrazione della difesa. Ai fini della stipula degli accordi contrattuali con le regioni, le strutture sanitarie accreditabili, le tipologie delle prestazioni erogabili e le categorie dei destinatari sono individuate, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità stabilite dall'articolo 8-*quinquies*, commi 2-*bis* e 2-*ter*, del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

f) prevedere che il Ministero della difesa possa recedere unilateralmente dai rapporti convenzionali stipulati ai sensi della legge 21 giugno 1986, n. 304, in caso di:

1) soppressione dell'ente o dell'organo sanitario presso il quale è impiegato il personale convenzionato;

2) sopravvenuta disponibilità di personale militare o civile dell'Amministrazione della difesa in possesso dei titoli professionali richiesti;

3) sopravvenuta mancanza del possesso dei requisiti previsti per il personale convenzionato ai fini della sicurezza militare dello Stato;

g) promuovere la collaborazione con le università degli studi e gli istituti scientifici nei settori della ricerca e della formazione;

h) prevedere, fatte salve le esigenze dell'Amministrazione della difesa, la facoltà degli ufficiali del Corpo sanitario militare di svolgere l'attività libero-professionale, nonché di stipulare convenzioni con il Servizio sanitario nazionale per esigenze e secondo modalità definite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della difesa;

i) prevedere forme di raccordo tra le attività del Servizio e le attività delle strutture sanitarie del Corpo della guardia di finanza.

2. Entro due anni dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 1, il Governo è delegato ad adottare disposizioni integrative e correttive dei predetti decreti, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi e delle modalità previsti dallo stesso comma 1.

Art. 3.

(Disposizioni finali)

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui all'articolo 2, comma 1, è soppressa la Direzione generale per la sanità militare del Ministero della difesa. Il relativo personale è assegnato all'Ispettorato di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *b*).

2. Con decreto del Ministro della difesa, su proposta del Capo di stato maggiore della difesa, sono individuate le strutture ordinarie del Servizio.

Art. 4.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

