

## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **MELOTTO, BOMPIANI, ELIA, AZZARETTI, COVIELLO, PINTO, EMO CAPODILISTA, PERINA, MANZINI, AZZARÀ, LAURIA e CORTESE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 MAGGIO 1988

Modifica degli articoli 10, 13, 14, 15, 17, 18, 47, 49, 51, 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. – Già nel luglio 1984 il Gruppo parlamentare della Democrazia cristiana ebbe l'onore di presentare al Senato un disegno di legge per modificare alcuni articoli della legge n. 833 del 1978 sulla riforma sanitaria.

L'iniziativa era nata dalla necessità, già da allora ormai radicata nel Paese, di provvedere a dare alcuni assestamenti alla riforma sanitaria, alla luce delle esperienze acquisite e concretatesi nell'ampio dibattito svoltosi nel Paese sul tema della sanità.

Oggi, a circa quattro anni di distanza, tali esigenze non sono mutate: anzi esse si sono ancor più acute sulla spinta degli avvenimenti non sempre positivi che hanno segnato in

questi ultimi tempi lo sviluppo delle nostre istituzioni sanitarie.

È quindi necessario por mano con urgenza ad un assestamento della legge n. 833 del 1978 che le consenta di essere all'altezza delle esigenze sanitarie di un Paese che deve allinearsi, per livello di vita e di civiltà, alle più grandi nazioni del mondo; esigenze che vanno colte sfrondando il dibattito sino ad oggi sviluppatosi nel Paese dalle considerazioni più o meno interessate, dai luoghi comuni, dalle affrettate condanne.

Vero è, infatti, che in questi anni la riforma sanitaria ha dato importante e buona prova di sé là dove essa è stata correttamente attuata. Vi sono infatti dei principi, affermati nella legge

n. 833 del 1978, che non possono essere disattesi.

Come già si disse nella relazione al citato disegno di legge: «si deve concludere con un giudizio generalmente positivo sulle concrete e razionali possibilità di realizzazione delle previsioni contenute nella legge n. 833 del 1978, dato che i principi generali e il quadro complessivo dell'impianto da essa previsti hanno tenuto e tengono alla prova dei fatti.

Invero l'indagine conoscitiva avviata sin dal dicembre 1983 dalla Commissione igiene e sanità del Senato ha fatto acquisire sufficienti elementi di certezza sulla validità delle scelte di fondo effettuate con la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

I sottoscritti, perciò, nel sottoporre alla attenzione dei colleghi il presente disegno di legge, sottolineano che esso non intende in alcun modo disattendere o riformare i principi fondamentali sui quali è stata avviata la riforma sanitaria nel nostro Paese, ma anzi si propone l'unico scopo del rilancio dell'attività riformatoria attraverso la adozione di un nuovo assetto istituzionale e gestionale, acquisendo, per la gestione della sanità, nuove strutture che risultino adeguate allo sviluppo coordinato ed efficiente del servizio sanitario nazionale.

La presente proposta non rappresenta, quindi, la cosiddetta "riforma della riforma", della quale non si riscontra la necessità. Il quadro complessivo, infatti, come si è detto, della legge n. 833 del 1978, nel suo ampio respiro politico e nelle scelte moderne che prefigura, non è di ostacolo alla attuazione di un servizio sanitario nazionale a livelli di moderna efficienza. Essa, invece, intende proporsi come risposta ad una esigenza, ormai maturata nel Paese, e venuta chiaramente alla luce nella citata indagine conoscitiva della Commissione igiene e sanità del Senato, di "apportare all'assetto delle unità sanitarie locali alcune integrazioni e correttivi che contribuiscano ad assicurare una sempre maggiore rispondenza del loro funzionamento agli obiettivi della riforma e delle esigenze di buon andamento dei servizi".

Una riflessione costruttiva sul significato politico e culturale della legge n. 833 del 1978 pone al legislatore, infatti, l'obbligo di ricerca-

re nuove formule giuridiche che consentano, nel rispetto dei principi in essa contenuti e certamente validi, la piena ed armonica applicazione del disposto legislativo.

Non può essere disatteso il dato emergente sopra individuato e cioè che il complesso e concatenato disegno del legislatore del 1978 ha stentato talvolta a realizzarsi ovvero ha disatteso i principi che lo animavano», soprattutto là dove risulta scarsa o carente una forte cultura sulle autonomie locali.

«In particolare vale la pena di sottolineare come, in questo periodo di applicazione delle norme nazionali e regionali di attuazione e delle stesse previsioni della legge n. 833 del 1978, la discussione ed il dibattito politico non siano stati riferiti ai principi informatori ma all'assetto istituzionale, alla gestione del personale, alla gestione economico-finanziaria ed alla inadeguatezza della programmazione.

In particolare, specie per l'assetto istituzionale, il governo del personale e della spesa, la legge n. 833 del 1978 ha solo parzialmente rappresentato l'auspicato strumento procedurale per consentire la rapida evoluzione del sistema secondo i tempi programmati e l'espletamento dell'esercizio delle funzioni delegate.

Le disposizioni normative, infatti, difficili e talvolta di vario contenuto, in essa previste, si sono prestate ad interpretazioni disomogenee (per esempio sulla natura delle unità sanitarie locali), a spazi di non applicabilità (per esempio sui concorsi), aggravato il tutto da un aumento complessivo della spesa non compensato da un miglioramento qualitativo dei servizi.

Talvolta si è persino parlato di "disorientamento" generalizzato degli amministratori pubblici, della dirigenza, degli addetti alla sanità in genere; disorientamento che, al di là del dato emozionale, forse spesso enfatizzato e strumentalizzato, ha trovato nel succedersi rapido della produzione normativa il facile riscontro.

A questa osservazione potrebbero aggiungersene molte altre di carattere generale: mai come in questi anni il dibattito culturale, giuridico e politico è stato vivace ed approfondito attorno all'attuazione della legge n. 833 del 1978. Le aspettative dei cittadini, delle

forze sociali e degli operatori del comparto della sanità sono molte e legittime; disattenderle sarebbe segno di involuzione e certamente comporterebbe una giustificata perdita di credibilità nelle istituzioni e nelle forze politiche».

Sin qui la relazione al disegno di legge n. 863 presentato nella IX legislatura al Senato della Repubblica.

Ora, come si è detto, il dibattito culturale e politico di questi ultimi quattro anni ha sostanzialmente confermato le esigenze di allora, maturando anche più ampi consensi politici intorno a scelte di fondo che, già indicate nel predetto disegno di legge, vengono ora più opportunamente e chiaramente individuate.

La nuova organica proposta legislativa, quindi, che i presentatori si onorano di sottoporre all'attenzione dei colleghi, intende innanzitutto recuperare e riaffermare i principi ispiratori della legge n. 833, soprattutto quelli che hanno validità politica sostanziale, cioè l'unitarietà e la globalità dell'intervento sanitario, procedendo a una reale modifica degli istituti che più hanno presentato problemi di attuazione o addirittura hanno creato disarticolazioni e deficienze, talvolta anche gravi, del servizio sanitario, per attestare il complesso normativo della legge n. 833 del 1978 con disposizioni coordinate e coerenti con un disegno di effettivo rinnovamento e di reale efficienza.

Va da sé, che la presente proposta non ha potuto non tener conto - traducendole in normative specifiche - delle proposte scaturite dai numerosi dibattiti di questi anni, dagli scritti di autorevoli giuristi, sociologi, medici, dalle istanze degli operatori del servizio sanitario che spesso hanno dovuto sopportare sulla propria pelle le deficienze del sistema, infine delle varie proposte di legge presentate dai governi che si sono succeduti in questi anni alla guida del Paese.

Con questa visione, in questo quadro complessivo si è voluto ancora una volta innanzitutto proporre, non una nuova legge di riforma sanitaria, ma un insieme di norme che possano inserirsi nello stesso contesto della legge n. 833 come specifiche modifiche ad articoli della stessa, in modo da evitare contraddizioni nella interpretazione, spesso causate dal meto-

do di precedere per *novellae* anziché per specifica modifica di articoli o sostituzioni degli stessi.

È questo un modo di procedere che va particolarmente sottolineato per la sua validità sul piano della tecnica legislativa in relazione alle necessità dell'interprete in sede di applicazione della normativa.

La sostituzione, infatti, o l'esplicita modifica di articoli o di commi degli stessi, consente di inserire le nuove norme nel complesso della normativa della legge precedente secondo i criteri logici dalla stessa previsti, rispettandone, quindi, il *locus materiae*, la terminologia giuridica, la complessiva articolazione del *corpus* normativo.

In tal modo è possibile costruire un testo legislativo unitario confermando la complessiva *ratio* della normativa portata dalla legge n. 833 evitando il pericolo che essa, sostanzialmente confermata dal legislatore, vada poi erroneamente riformata dall'interprete.

Nel merito la presente proposta si incentra sulla necessità di recuperare il valore e la portata politica dei principi ispiratori della legge n. 833 del 1978, mirando ad approntare un insieme coordinato di emendamenti idoneo a soddisfare con immediatezza tre fondamentali esigenze:

1) di definire un assetto istituzionale delle unità sanitarie locali che, nel coerente rispetto della programmazione nazionale e regionale, attribuisca alle stesse una autonoma gestione tecnico-organizzativa efficiente e qualificata, rivedendo pure gli assetti organizzativi dei più importanti presidi e servizi;

2) di individuare una regolamentazione relativa al personale che, in linea con la evoluzione europea del sistema gestionale dei servizi pubblici, faccia effettivamente salva l'esigenza della più proficua e convinta utilizzazione dello stesso in rapporto alla competenza professionale di ciascun addetto. In tal modo sarà possibile realizzare un assetto funzionale ed organizzativo delle unità sanitarie locali che, sotto il profilo della massima redditività e competitiva del sistema, valorizzerà il livello di preparazione tecnica e di responsabilità del personale, sottolineandone le specifiche attitudini ed iniziative;

3) di esplicitare più concretamente nella struttura economico-finanziaria le esigenze di attivare realmente prassi programmatiche che permettano di contenere l'evoluzione della spesa salvaguardando gli *standards* qualitativi dei servizi, di garantire regolarità, correttezza e correntezza del finanziamento e infine di far assumere effettivamente alle Regioni la corresponsabilità finanziaria della gestione.

Il presente disegno di legge si articola quindi in tre titoli.

Il primo riguarda la struttura istituzionale ed organizzativa dell'unità sanitaria locale.

In esso viene risolto una volta per sempre il problema della natura giuridica dell'unità sanitaria locale, la cui incertezza è stata fonte in questi anni di molti equivoci nella applicazione della legge n. 833 del 1978.

L'unità sanitaria locale viene definita come una azienda dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile.

Ad essa quindi viene data una ampia possibilità di organizzazione e di gestione attraverso una autonomia che si rivolge sia all'interno che all'esterno della propria attività.

In collegamento con tale definizione, nei successivi articoli, vengono dettate le norme generali per un assetto organizzativo dell'unità sanitaria locale in coerenza con il carattere aziendalistico e quindi competitivo della sua struttura, che ha non poche conseguenze sullo snellimento delle procedure e sulla incisività e flessibilità del suo intervento in relazione alla efficienza ed all'efficacia delle prestazioni.

Viene pertanto soppressa, come organo dell'unità sanitaria locale, l'assemblea, mentre vengono istituiti come organi: il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei revisori e il direttore generale. A tali organi vengono attribuite precise competenze, tra loro strettamente collegate, e finalizzate alla snellezza della gestione e alla tempestività dell'intervento.

L'istituzione in particolare della figura del direttore generale, allinea agli obiettivi europei del 1992 anche le unità sanitarie locali come aziende di gestione di servizi, mettendo alla testa delle stesse un *manager* scelto non solo tra il personale proveniente dalla pubbli-

ca amministrazione, ma anche tra persone esperte provenienti dall'attività privata con una esperienza almeno decennale di dirigenza aziendale. L'essenziale è che il direttore generale abbia comprovati requisiti di capacità dirigenziale, di capacità tecnica e di capacità organizzativa.

Con il direttore generale collaborano strettamente i due coordinatori amministrativo e sanitario, ai quali è demandata la direzione tecnica delle corrispondenti attività amministrative e sanitarie.

Questo nuovo assetto istituzionale dell'unità sanitaria locale dovrebbe consentire, come si è detto, di superare le incongruenze e le disarticolazioni soprattutto di carattere burocratico che in questi anni hanno frenato lo sviluppo delle istituzioni sanitarie nel nostro Paese, producendo una diffusa commistione di competenze a livello politico e tecnico e generando quindi una complessiva deresponsabilizzazione.

In realtà la proposta di legge tende soprattutto a istituire una articolata gerarchia di responsabilità amministrative e tecniche, distinguendole dalla responsabilità politica e individuando finalmente i compiti dei vari operatori a tutti i livelli.

Questo permetterà integrazioni ed efficaci collaborazioni.

Il disegno di legge interviene poi con alcune fondamentali norme che riguardano l'organizzazione ospedaliera.

L'ospedale infatti viene preso in considerazione con una classificazione dello stesso in due livelli: quello di ospedale polispecialistico, che viene considerato come la struttura più ampia e complessa di erogazione di attività assistenziali anche di alta specialità, e quello dell'ospedale di base cui è demandato l'adempimento delle attività di ricovero, cura e riabilitazione, in tre distinte aree omogenee: area medica, area chirurgica ed area riabilitativa.

Questa proposta di nuova classificazione ed organizzazione dell'ospedale, congiunta con tutta una serie di norme di carattere gestionale che coinvolgono anche la partecipazione del personale sanitario nella gestione dell'organizzazione dei servizi, tende a riportare l'ospedale alla sua fondamentale funzione di struttura di

cura alla quale i cittadini debbono ricorrere solo in caso di malattia acuta e nella quale possono trovare il soddisfacimento delle loro necessità con alti ed efficienti livelli di prestazione.

Il titolo secondo interviene nella modifica del sistema dei controlli e dei finanziamenti del servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda i controlli, esso prevede che solo gli atti del consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale, essendo afferenti le scelte generali e programmatiche, siano sottoposti al controllo del Comitato regionale di controllo secondo le vigenti disposizioni di legge, mentre gli atti del direttore generale, essendo essenzialmente afferenti la gestione, trovino immediata esecutività.

Vengono peraltro individuate alcune competenze della Regione alla quale vengono attribuiti, in tema di controllo, anche poteri di indirizzo e di verifica. In tal modo la Regione potrà garantire che le attività delle unità sanitarie locali siano svolte con piena aderenza ai piani sanitari nazionale e regionale, mentre in particolare la relazione che, entro il 31 marzo di ciascun anno, il presidente della Regione dovrà presentare al Consiglio regionale sull'andamento della gestione del servizio sanitario nella Regione stessa, assumerà aspetti di verifica e di proposizione per attestare nel Paese un servizio sempre più rispondente alle necessità.

Per quanto riguarda i finanziamenti, la proposta di legge interviene con alcune norme precise tendenti a risolvere da una parte il problema della necessità di intervento particolare nelle zone del Paese nelle quali lo sviluppo delle istituzioni sanitarie è in grave ritardo e dall'altra il problema di mantenere con adeguati finanziamenti il livello di quelle strutture sanitarie che oggi rappresentano l'avanguardia non solo nel Paese ma anche in Europa.

Viene quindi previsto un sistema di suddivisione del fondo sanitario nazionale che, con opportuni correttivi, risolva i problemi di cui sopra, incentivando pure le iniziative delle singole Regioni e delle singole unità sanitarie locali. Inoltre viene regolata la compensazione fra unità sanitarie locali per le prestazioni conseguenti alla mobilità sanitaria.

È infine da sottolineare la proposta di attribuire alle Regioni la potestà di provvedere, mediante «imposizione diretta» nei confronti dei cittadini residenti, alla copertura del costo dei finanziamenti per mantenere particolari livelli di prestazioni sanitarie corrispondenti alle necessità di sviluppo dell'assistenza sanitaria nel proprio territorio.

Quest'ultima previsione corrisponde ad un principio, ormai consolidato nel dibattito di questi ultimi anni, e che ha trovato positivo eco presso le forze politiche e nelle dichiarazioni programmatiche del Governo.

Vengono poi, su questo tema, dettate alcune norme coerenti alle scelte sopra effettuate in relazione al patrimonio delle unità sanitarie locali.

Il terzo argomento affrontato nel disegno di legge in oggetto è quello relativo alla modifica delle norme riguardanti lo stato giuridico del personale dipendente dalle unità sanitarie locali e all'aggiornamento professionale dello stesso.

Su tale tema la proposta di legge intende incidere in maniera profonda e definitiva stabilendo, in coerenza con la scelta di strutturare le unità sanitarie locali come aziende di servizi, che il rapporto di lavoro del personale inquadrato nel comparto della sanità è di diritto privato ed è disciplinato secondo criteri atti a garantire la peculiarità delle funzioni sanitarie ed assistenziali, e adottando istituti normativi flessibili e finalizzati alla realizzazione di un qualificato servizio sanitario.

Da ciò consegue tutta una serie di articoli nei quali vengono dettate norme per regolamentare il rapporto di lavoro in oggetto secondo criteri che privilegino soprattutto la professionalità, la capacità e la corrispondente assunzione di iniziative e di responsabilità, evitando progressioni di carriera o acquisizione di funzioni esclusivamente per il decorrere del tempo.

In coerenza con tali principi il progetto introduce la previsione del contratto a termine per i vari livelli della dirigenza, sia sanitaria che amministrativa, in modo da consentire di avviare un sistema impostato sulla conduzione aziendale e manageriale, superando l'attuale sistema tipico delle strutture burocratiche,

della garanzia assoluta dei ruoli con la consacrazione della stabilità.

In tal modo, mentre da una parte vengono attribuite, come s'è detto, ai dirigenti responsabilità precise ed autonome nell'ambito organizzativo e gestionale, dall'altra viene lasciata alla pubblica amministrazione la possibilità di controllare periodicamente la loro capacità e la loro efficienza.

Inoltre, la collocazione del rapporto di lavoro nell'ambito del diritto privato inciderà pure su tutto il restante personale, dato che potranno essere introdotti nel rapporto stesso istituti tendenti a valorizzare in modo preminente la preparazione professionale e la produttività, consentendo l'adeguata motivazione di ciascun operatore verso l'impegno complessivo della struttura.

Ritengono perciò i proponenti, come già si notò nella relazione alla citata proposta n. 863, che le norme proposte siano un primo passo verso un cambiamento sostanziale nella conduzione della pubblica amministrazione: bisogna avere il coraggio, pena il fallimento di ogni scelta di moderna efficienza, di affrontare una normativa che, garantendo naturalmente al personale il mantenimento del posto di lavoro, tuteli pure la pubblica amministrazione dalle incapacità, dalla mancata preparazione, e dal progressivo disimpegno soprattutto dei quadri dirigenti che sono essenziali per lo sviluppo della sua attività.

Lo sforzo di preparazione e di aggiornamento, nonché l'assunzione di responsabilità da parte dei dirigenti che nel nuovo sistema prefigurato mettono a rischio la continuità dell'incarico, vanno peraltro adeguatamente remunerati con corrispettivi non solo economici.

A tal proposito il progetto prevede che i singoli contratti individuino particolari corrispettivi strettamente correlati alla qualità e quantità delle prestazioni richieste.

Il disegno di legge affronta poi, coerentemente, il problema della preparazione professionale e dell'aggiornamento del personale delle unità sanitarie locali, individuando precise norme tendenti a garantire alti livelli di preparazione del personale stesso, adeguati alle singole esigenze delle varie strutture. In tal senso vengono stabiliti precisi obblighi a carico di tutto il personale.

Infine, con alcune norme finali, il progetto intende recuperare la funzione programmatoria e dirigenziale del Ministero della sanità a livello nazionale, costituendolo come unico punto di riferimento istituzionale per tutti i problemi, sia di carattere organizzativo che di carattere economico e finanziario riguardanti la sanità.

\* \* \*

Onorevoli senatori, i sottoscritti, con la presentazione dell'attuale disegno di legge, richiamano e riaffermano, in piena continuità, i concetti già espressi nella relazione al citato progetto di legge n. 863 del 19 luglio 1984.

Il presente disegno di legge è infatti una sostanziale riproposizione del disegno di legge di cui sopra, con l'apporto di alcune modifiche discendenti dal dibattito maturato e dalle esperienze svolte in questi ultimi anni.

Quindi anche oggi come allora i proponenti si permettono di richiamare l'attenzione dei colleghi sull'intera problematica della organizzazione sanitaria, rendendosi peraltro conto di non avere risolto tutti i gravosi problemi che si presentano oggi all'attenzione del Parlamento e del Paese in tema di attuazione della riforma sanitaria.

Tuttavia ritengono, oggi come allora, di avere indicato alcune soluzioni fondamentali necessarie per rilanciare la riforma con un nuovo assetto istituzionale e gestionale che, nel rispetto dei principi fondamentali, ne renda operanti gli obiettivi.

Su queste proposte l'integrazione è auspicabile e necessaria.

Essa scaturirà dal libero ed approfondito confronto fra le forze politiche che i proponenti si augurano venga al più presto avviato nelle Commissioni di merito, portando all'approvazione, anche per titoli, il presente disegno di legge.

Il dibattito che in questi anni si è svolto nel Paese a tutti i livelli ed anche nel Parlamento troverà quindi un necessario ed urgente momento conclusivo.

I proponenti ritengono che ormai non si possa perdere l'occasione di adeguare la riforma sanitaria alle esigenze dei tempi nuovi, con scelte anche coraggiose, che tengano conto dell'esperienza ed eliminino contraddizioni ed ostacoli.

## X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Come già si diceva, le scelte proponibili sono, in proposito, varie e numerose. Ma qualunque scelta si faccia, è necessario operare con chiarezza ed anche con tempestività, perchè sottrarsi o ritardare l'impegno di por mano urgentemente alla revisione delle strutture gestionali previste dalla legge

n. 833 del 1978 significa in effetti vanificare la riforma, svuotarla dei suoi contenuti ed eludere, in definitiva, la grande attesa del Paese, soprattutto dei più deboli, dando ragione ai profeti di sventura che già preconizzano il definitivo sfascio delle nostre istituzioni sanitarie.

**DISEGNO DI LEGGE**

## TITOLO I

## STRUTTURA ISTITUZIONALE ED ORGANIZATIVA DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

## CAPO I

## ASSETTO ISTITUZIONALE

## Art. 1.

1. L'articolo 10 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 10. - (*Organizzazione territoriale*). -  
1. Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.

2. Le unità sanitarie locali sono aziende dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile nelle forme e nei limiti indicati dalla presente legge. Esse assolvono, in ambiti territoriali determinati, alle funzioni proprie o delegate concernenti l'organizzazione e la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale. Le unità sanitarie locali al fine di rendere più efficace l'intervento sanitario connesso con interventi di carattere sociale nei confronti degli anziani non autosufficienti, degli handicappati, dei tossicodipendenti, dei disabili psichici, possono assumersi la gestione di detti interventi, con separate forme di finanziamento.

3. La legge regionale, che stabilisce gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, fissa altresì i criteri mediante i quali le unità sanitarie locali stesse si suddividono in distretti sanitari di base, quali articolazioni tecnico-funzionali per la erogazione delle prestazioni di primo livello e di pronto intervento, garantendo la più ampia partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.



4. Allo scopo di assicurare l'unitarietà degli interventi secondo criteri di continuità terapeutica, di garantire operativamente la gestione coordinata ed integrata dei servizi delle unità sanitarie locali con i servizi sociali esistenti nel territorio, nonché di raggiungere un più elevato rapporto tra efficienza ed efficacia nella erogazione delle prestazioni, il distretto di base è l'unità operativa che realizza funzionalmente:

a) il collegamento istituzionale con i medici di medicina generale, pediatrica e di guardia medica, nonché fra tutte le attività specialistiche, consultoriali e sociali comprese quelle dei presidi di ricovero, anche ai fini di una costante rilevazione dei bisogni;

b) la verifica di efficacia delle prestazioni delle unità sanitarie locali, sia quelle erogate in gestione diretta, sia quelle erogate in base a convenzione, adottando ogni idonea iniziativa di educazione sanitaria, prevenzione, filtro ai ricoveri, dimissione protetta e riabilitazione, al fine di valorizzare l'assistenza extra-ospedaliera quale momento primario per ridurre il bisogno sanitario della popolazione residente.

5. Il distretto sanitario di base è diretto da un responsabile medico nominato dal consiglio di amministrazione su proposta del direttore generale ed è scelto fra il personale medico appartenente almeno al secondo livello, secondo criteri da stabilirsi con legge regionale».

## Art. 2.

1. L'articolo 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 13. - (*Attribuzioni amministrative*). -  
1. Sono attribuite alle unità sanitarie locali tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato o alle Regioni.

2. Restano ferme le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale. Per l'esercizio di tali attribuzioni, nonché delle funzioni dei comuni che implicano anche valutazioni di carattere igienico-sanitario, le

unità sanitarie locali provvedono a mettere a disposizione i propri presidi e servizi secondo modalità stabilite dalla legge regionale.

3. Il consiglio comunale, quando l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso, o l'assemblea generale della comunità montana, se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale, o l'assemblea dell'associazione intercomunale di cui alla legge 15 gennaio 1986, n. 4, se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati, svolge le seguenti competenze:

a) nomina il consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale;

b) in seduta comune con i sindaci dei comuni del territorio compreso nell'ambito dell'unità sanitaria locale esamina la relazione sull'andamento dei servizi dell'unità sanitaria locale e sulla situazione finanziaria della stessa e le previsioni per lo sviluppo delle attività di competenza, che il presidente dell'unità sanitaria locale è tenuto a inviare entro il 30 aprile di ciascun anno. In tale sede i sindaci e le assemblee esprimono il proprio parere e formulano indirizzi e proposte in relazione alle esigenze dei cittadini in materia sanitaria;

c) esprime, con provvedimento motivato, la sfiducia al consiglio di amministrazione. Tale provvedimento deve ottenere la maggioranza assoluta dei voti dei membri dell'assemblea e può essere posto in votazione non prima di tre giorni dalla sua presentazione all'assemblea stessa. Il consiglio di amministrazione nei confronti del quale l'assemblea ha votato la sfiducia è tenuto a presentare le proprie dimissioni entro tre giorni dalla comunicazione del provvedimento. Entro i successivi tre giorni l'assemblea deve provvedere alla nomina del nuovo consiglio di amministrazione che resterà in carica sino alla scadenza del mandato previsto per il consiglio di amministrazione sostituito;

d) ai fini di incrementare il rapporto di collegamento tra unità sanitaria locale e cittadini, l'assemblea formula i programmi degli interventi che il consiglio di amministrazione è tenuto ad attuare in materia di educazione ed informazione sanitaria.

4. In applicazione di quanto stabilito al comma 2 dell'articolo 10, la legge regionale stabilisce gli interventi di carattere sociale connessi con gli interventi sanitari fissando le modalità di coordinamento e di integrazione dei servizi sociali con i servizi sanitari ed individuando nel piano regionale i servizi sociali la cui gestione viene affidata alle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento».

#### Art. 3.

1. Il primo comma dell'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dai seguenti:

«L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione non inferiori a 75.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geo-morfologiche e socio-economiche della zona.

In casi particolari ed in relazione ad eccezionali esigenze locali, il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, può autorizzare deroghe a quanto stabilito al comma precedente».

### CAPO II

#### ASSETTO ORGANIZZATIVO

#### Art. 4.

1. L'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, così come modificato dalla legge 15 gennaio 1986, n. 4, è sostituito dal seguente:

«Art. 15. - (*Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali*). - 1. La legge regionale disciplina l'organizzazione ed il funzionamento delle unità sanitarie locali con l'osservanza dei principi stabiliti nel presente articolo.

2. Sono organi dell'unità sanitaria locale:

- a) il consiglio di amministrazione;
- b) il presidente;
- c) il collegio dei revisori;
- d) il direttore generale.

3. Gli organi di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)* durano in carica cinque anni.

4. Il consiglio di amministrazione è composto da sette membri per le unità sanitarie locali il cui ambito territoriale comprende una popolazione fino a 100.000 abitanti e da nove membri per le unità sanitarie locali di dimensioni superiori. Il consiglio di amministrazione è eletto, anche fuori dal proprio seno, dal consiglio comunale o dall'assemblea dell'associazione intercomunale obbligatoria del territorio di competenza dell'unità sanitaria locale stessa, mediante elezione a voto limitato ed a scrutinio segreto - in modo che due membri appartengano alla minoranza - tra cittadini italiani aventi specifiche esperienze di amministrazione e direzione nel settore pubblico o privato.

5. Le specifiche esperienze di cui al comma 4 debbono essere documentate da un preciso *curriculum*, che deve essere depositato a cura di uno o più membri dell'assemblea cinque giorni prima della elezione.

6. Qualora l'ambito territoriale di una unità sanitaria locale coincida con quello di una comunità montana, le funzioni del consiglio di amministrazione e del presidente dell'unità sanitaria locale sono espletate rispettivamente dal consiglio direttivo e dal presidente della comunità montana stessa.

7. Il consiglio di amministrazione approva i bilanci preventivi ed i conti consuntivi; delibera i programmi di gestione dell'unità sanitaria locale e decide sulle iniziative necessarie per il ripianamento dei disavanzi; stabilisce l'ubicazione dei presidi e servizi; delibera i regolamenti generali e le piante organiche; approva le convenzioni ed i contratti di durata pluriennale, gli acquisti e le alienazioni di beni immobili; nomina il direttore generale ed i coordinatori amministrativo e sanitario e, su proposta dell'ufficio di direzione, i dirigenti amministrativi e sanitari dei servizi, secondo le modalità ed i requisiti stabiliti dalla legge, e la loro eventuale revoca anticipata.

8. Il consiglio di amministrazione emana direttive vincolanti per il direttore generale e può adottare eventuali misure di annullamento o di revoca degli atti da questo compiuti, come previsto al comma 29.

9. Il consiglio di amministrazione opera collegialmente e le norme di funzionamento

dello stesso non possono prevedere l'attribuzione di funzioni specifiche a singoli componenti, salvo le funzioni vicarie del presidente; a gruppi di componenti del consiglio stesso possono essere attribuiti, di volta in volta, incarichi specifici di relazione su particolari affari o argomenti.

10. Il consiglio di amministrazione può delegare al presidente l'adozione di provvedimenti per determinate categorie di atti che possono essere assunti in esecuzione di direttive vincolanti.

11. Il presidente del consiglio di amministrazione è eletto con votazione segreta dal consiglio stesso al suo interno a maggioranza assoluta dei componenti in prima votazione, a maggioranza semplice nelle successive votazioni.

12. Il presidente ha la legale rappresentanza dell'unità sanitaria locale; convoca e presiede il consiglio di amministrazione e ne coordina l'attività; sovrintende al buon funzionamento della gestione complessiva dell'unità sanitaria locale.

13. Il presidente adotta altresì, in caso di assoluta urgenza, i provvedimenti di competenza del consiglio di amministrazione necessari per garantire il funzionamento dell'unità sanitaria locale, i quali sono sottoposti a ratifica nella prima seduta successiva del consiglio.

14. Il collegio dei revisori è nominato dalla Regione ed è composto da tre membri, scelti tra professionisti o funzionari iscritti all'albo nazionale dei revisori dei conti, dei quali uno designato dal Ministro del tesoro, uno dal consiglio comunale o dall'assemblea ed uno, con funzioni di presidente, dalla Giunta regionale.

15. Il collegio dei revisori, oltre a svolgere i compiti previsti dall'articolo 2403 del codice civile, ha compiti di verifica e controllo contabile e gestionale, nonché di consulenza ed assistenza, a richiesta degli organi ed uffici competenti dell'unità sanitaria locale, al fine di favorire la migliore conduzione dell'unità sanitaria locale stessa secondo criteri di economicità ed efficienza.

16. Il collegio dei revisori cura l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa, con ritmo almeno trimestrale, anche al fine dell'accertamento di eventuali disavanzi da comunicare

immediatamente alla Regione per l'adozione dei provvedimenti previsti dalla legge.

17. Il presidente del collegio dei revisori partecipa, con voto consultivo, alle sedute del consiglio di amministrazione in sede di adozione delle deliberazioni di approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi ed ogni qualvolta ne sia richiesto, dal presidente del consiglio di amministrazione stesso.

18. Il collegio dei revisori è tenuto a sottoscrivere i rendiconti di cui all'articolo 50, secondo comma, della presente legge, e a redigere una relazione annuale sulla gestione amministrativo-contabile della unità sanitaria locale da trasmettere alla Regione ed ai Ministeri della sanità e del tesoro.

19. Il direttore generale assicura il conseguimento degli obiettivi stabiliti dal consiglio di amministrazione, sovrintende all'attività tecnico-gestionale dei diversi presidi, servizi e strutture dell'unità sanitaria locale nel rispetto dei criteri contenuti nei programmi di amministrazione e nelle direttive vincolanti emanate dal consiglio di amministrazione.

20. Spetta al direttore generale di adottare tutti i provvedimenti non riservati al consiglio di amministrazione ovvero da questi delegati. In particolare il direttore generale:

a) ha poteri di amministrazione generale e dà esecuzione alle delibere del consiglio di amministrazione;

b) formula le proposte al consiglio di amministrazione in ordine al conferimento ed alla revoca delle funzioni di direzione dei presidi, servizi ed uffici;

c) dispone, a norma di legge e regolamento, il trasferimento da un incarico all'altro del personale;

d) provvede agli acquisti ed alle spese necessarie per il funzionamento dell'unità sanitaria locale: di conseguenza egli adotta, nell'ambito del bilancio di previsione approvato, gli atti ed i provvedimenti gestionali di ordinaria amministrazione che non comportino impegni di spesa pluriennali e che non siano riservati al consiglio di amministrazione o non siano attribuiti ai singoli dirigenti di servizio o di presidio, stipulando i relativi contratti;

e) provvede all'organizzazione del lavoro e adotta gli atti relativi all'amministrazione del

personale, salvo quelli espressamente riservati ad altri organi;

f) partecipa, con voto consultivo, alle sedute del consiglio di amministrazione, e cura l'esecuzione delle relative deliberazioni;

g) verifica il conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi nelle prestazioni dei servizi, secondo i criteri di efficienza e di economicità della gestione;

h) può delegare l'adozione di singoli atti o categorie di atti al coordinatore amministrativo e al coordinatore sanitario o ai dirigenti dei presidi ospedalieri.

21. L'incarico di direttore generale è conferito, con provvedimento motivato, dal consiglio di amministrazione a seguito di selezione per avviso pubblico alla quale possono partecipare, oltre ai dipendenti delle unità sanitarie locali anche i dirigenti appartenenti ai ruoli della dirigenza dello Stato, delle Regioni e degli enti locali, con anzianità di almeno dieci anni se non collocati in posizione apicale, nonchè soggetti estranei alla pubblica amministrazione in possesso di laurea in discipline economiche o giuridiche o in medicina e chirurgia, con esperienza almeno decennale di dirigenza aziendale; la selezione avviene comparando requisiti comprovanti la capacità dirigenziale, la capacità tecnica e la capacità organizzativa. Nell'avviso pubblico dovranno essere indicati i criteri che l'unità sanitaria locale intende adottare per procedere all'affidamento dell'incarico.

22. Al fine di assicurare un migliore coordinamento della gestione dell'unità sanitaria locale è costituito l'ufficio di direzione composto dal direttore generale, dal coordinatore amministrativo, laureato in discipline giuridiche od economiche e dal coordinatore sanitario, laureato in medicina e chirurgia.

23. Il coordinatore amministrativo ed il coordinatore sanitario garantiscono l'efficienza e l'unitarietà delle attività delle unità sanitarie locali nei settori di rispettiva competenza. Essi dirigono rispettivamente i servizi amministrativi e tecnico-finanziari ed i servizi sanitari. A tal fine danno attuazione alle direttive del direttore generale al quale rispondono della propria attività.

24. L'ufficio di direzione:

a) elabora il bilancio preventivo ed il conto consuntivo dell'unità sanitaria locale da sottoporre all'approvazione del consiglio di amministrazione nonchè i programmi ed i bilanci pluriennali;

b) coordina l'istruttoria dei progetti di delibera e delle proposte da sottoporre al consiglio di amministrazione;

c) elabora gli indirizzi relativi all'organizzazione del lavoro.

25. Gli incarichi di coordinatore amministrativo e di coordinatore sanitario sono conferiti con provvedimento motivato, dal consiglio di amministrazione a seguito di selezione per titoli, anche interna alla stessa unità sanitaria locale, alla quale possono partecipare i dirigenti dei rispettivi ruoli, con anzianità di almeno tre anni nella posizione funzionale apicale, in possesso di titoli professionali specifici dei rispettivi settori tecnico-amministrativi e sanitario.

26. L'incarico di direttore generale, di coordinatore amministrativo e di coordinatore sanitario dura cinque anni e può essere rinnovato. Tuttavia, il consiglio di amministrazione, su proposta del presidente, può deliberare, con atto motivato, la revoca anticipata di ciascuno di detti incarichi, in caso di gravi inadempienze tali da compromettere la normale gestione dell'unità sanitaria locale ed il normale funzionamento tecnico-sanitario dei servizi.

27. L'incarico di direttore generale, di coordinatore amministrativo e di coordinatore sanitario comporta l'osservanza del tempo pieno ed agli stessi è attribuita una indennità economica pensionabile adeguata, stabilita con deliberazione della Giunta regionale. Per la durata dell'incarico i dirigenti delle unità sanitarie locali sono sollevati dall'ufficio di titolarità, mentre i dirigenti dello Stato e degli altri enti pubblici sono collocati fuori ruolo, conservando il trattamento economico e previdenziale attribuito alla qualifica di appartenenza. Il Ministro del tesoro adotta i provvedimenti necessari per garantire la continuità dei trattamenti previdenziali di cui sopra.

28. Il rapporto di lavoro del direttore generale e dei coordinatori amministrativo e sanita-



rio non provenienti da pubbliche amministrazioni è disciplinato dal contratto quinquennale rinnovabile previsto dal decreto delegato di cui all'articolo 47 della presente legge.

29. Gli atti emanati dal direttore generale e dai coordinatori amministrativo e sanitario sono esecutivi; il presidente può tuttavia chiedere la trasmissione al consiglio di amministrazione di quegli atti per i quali ravvisi fondati motivi di illegittimità, ovvero di inopportunità per contrasto con criteri, direttive vincolanti e programmi formulati dal consiglio di amministrazione, per gli eventuali provvedimenti di annullamento o revoca.

30. I servizi amministrativi sono riferiti alle seguenti aree funzionali:

- a) affari generali e affari legali;
- b) gestione del personale;
- c) attività di informatica;
- d) attività economico-finanziaria;
- e) attività di amministrazione del provveditorato-economato;
- f) attività tecnica e gestione dei servizi tecnologici.

31. I servizi sanitari assolvono alle funzioni previste dall'articolo 14 della presente legge ed in particolare sono riferiti alle seguenti aree:

- a) igiene e sanità pubblica; igiene e medicina del lavoro; medicina legale;
- b) medicina di base; medicina specialistica ambulatoriale e domiciliare; medicina ospedaliera; assistenza farmaceutica;
- c) medicina veterinaria.

32. Per l'erogazione delle prestazioni i servizi sanitari si avvalgono dei presidi della unità sanitaria locale o con questa convenzionati, o dei presidi multizonali di altra unità sanitaria locale.

33. La legge regionale stabilisce, sulla base della dimensione e complessità delle unità sanitarie locali, gli accorpamenti o disaggregazioni delle funzioni per servizi prevedendo da un minimo di due ad un massimo di sei servizi amministrativi e sanitari, definendone gli ambiti di competenza e di attività, nonché le modalità di articolazione.

34. I servizi sanitari possono costituirsi in dipartimenti o in aree funzionali omogenee di

intervento ed articolarsi al loro interno in unità operative. I servizi amministrativi possono pure articolarsi al loro interno in uffici.

35. Ai servizi amministrativi e sanitari sono preposti funzionari del ruolo rispettivamente amministrativo e sanitario, appartenenti alla posizione funzionale apicale scelti secondo criteri di professionalità e di esperienza.

36. Il direttore generale convoca periodicamente la conferenza dei dirigenti alla quale partecipano tutti i responsabili dei servizi e dei presidi multizonali della unità sanitaria locale ed i coordinatori di dipartimento.

37. La legge regionale stabilisce le materie sulle quali la conferenza dei dirigenti esprime al direttore generale ed all'ufficio di direzione parere obbligatorio.

38. La nomina dei responsabili dei servizi è effettuata dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, ed è conferita per la durata di cinque anni con possibilità di conferma.

39. Ai responsabili dei servizi dell'unità sanitaria locale è attribuita, per la durata dell'incarico, una speciale indennità di funzione da stabilirsi nel contratto collettivo di lavoro e gli stessi sono sollevati, a loro richiesta e su conforme parere del direttore generale, dall'espletamento della funzione del ruolo di appartenenza».

### CAPO III

#### ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

##### Art. 5.

1. L'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 17. - (*Requisiti e struttura interna degli ospedali*). - 1. Gli ospedali sono presidi delle unità sanitarie locali preposti in particolare al conseguimento delle finalità di cui ai numeri 2, 3 e 4 del primo comma dell'articolo 2 della presente legge.

2. I presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali sono classificati in due livelli, a seconda della ampiezza del territorio cui afferiscono, della complessità e dell'articolazione delle competenze nosologiche, del livello delle

attrezzature e delle prestazioni medico-chirurgiche.

3. La classificazione degli ospedali viene effettuata dalla Regione con la legge di approvazione del piano sanitario tenuto conto delle norme stabilite dalla programmazione sanitaria nazionale.

4. I livelli di classificazione dei presidi ospedalieri sono i seguenti:

a) ospedale polispecialistico, cui va attribuita una dotazione minima di 800 posti letto sino ad un massimo di 1.500 posti letto. L'ospedale polispecialistico deve essere dotato di strutture che consentano l'erogazione di attività assistenziale di diagnosi e cura con riferimento ad almeno dieci specialità mediche e chirurgiche. Esso deve pure essere organizzato in modo da consentire l'erogazione di attività di diagnosi e cura di alta specializzazione, secondo le norme stabilite dal piano sanitario nazionale. Sono comunque classificati presidi ospedalieri polispecialistici gli ospedali, anche se articolati in più sedi, che per le finalità specifiche perseguite, per le caratteristiche tecniche specialistiche delle prestazioni, per l'alta specializzazione dei servizi, per la dimensione e la qualificazione delle strutture, svolgono attività o funzioni di riferimento non solo per l'unità sanitaria locale di appartenenza, ma anche per le altre unità sanitarie locali e che interessano ampi ambiti territoriali o attività e funzioni assistenziali che non possono essere fornite dalle normali strutture di ogni singola unità sanitaria locale. Sono pure classificati ospedali polispecialistici gli ospedali che siano sede di policlinici universitari o presso i quali, per il convenzionamento complessivo con una facoltà di medicina, si svolgano i corsi clinici per la laurea in medicina e chirurgia;

b) ospedale di base, che adempie alle attività di ricovero e cura in tre distinte aree omogenee: area medica, area chirurgica ed area riabilitativa. Esso deve avere una dotazione minima di 200 posti letto. Il piano sanitario nazionale ed il piano sanitario regionale fissano le articolazioni e gli ambiti di attività delle aree di cui sopra.

5. Presso il presidio ospedaliero dell'unità sanitaria locale, anche se articolato in più

sedi di ospedale, è istituita una commissione consultiva composta da nove medici, dei quali almeno tre di livello apicale, eletta dal personale medico appartenente al presidio stesso.

6. Nelle unità sanitarie locali convenzionate con l'università e che siano sede di policlinico universitario la commissione di cui al comma 5 è integrata da cinque medici eletti dal personale universitario appartenente al policlinico stesso inserito nella convenzione.

7. Fanno parte di diritto della commissione di cui al comma 6 il coordinatore sanitario, nonché il soprintendente sanitario o direttore sanitario del presidio ospedaliero, che la convoca e la presiede.

8. La commissione esprime parere obbligatorio sulle seguenti materie:

a) organizzazione tecnica dei servizi ospedalieri;

b) istituzione di aree funzionali omogenee di degenza ospedaliera;

c) soppressione o modificazione di divisioni o servizi ospedalieri;

d) acquisto di attrezzature sanitarie che rivestono particolare importanza diagnostica e terapeutica;

e) investimenti immobiliari per la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento di reparti o servizi ospedalieri;

f) esprime inoltre parere su ogni altra questione che le venga sottoposta dal consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale e può formulare proposte per il miglioramento dell'efficienza dei servizi ospedalieri.

9. La commissione consultiva è integrata da due medici dipendenti appartenenti ai presidi extraospedalieri; da due medici convenzionati e da un medico veterinario, eletti dalle rispettive categorie, quando venga chiamata ad esprimere pareri su:

a) organizzazione generale di servizi sanitari dell'unità sanitaria locale;

b) istituzione, soppressione o modificazione di servizi extraospedalieri;

c) investimenti sia immobiliari che per l'acquisto di attrezzature di particolare importanza per i servizi extraospedalieri. In tal caso la commissione è presieduta e convocata dal coordinatore sanitario.

10. Il parere deve essere espresso entro il termine non inferiore a 15 giorni dalla richiesta, trascorso il quale esso si intende favorevole.

11. I membri eletti durano in carica tre anni e non sono immediatamente rinnovabili.

12. Il Governo è delegato ad emanare entro il 31 dicembre 1989, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dei lavori pubblici, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare i criteri generali per la regolamentazione da parte delle Regioni dell'ordinamento interno degli ospedali, nonchè le caratteristiche strutturali degli stessi, con particolare riguardo alla sicurezza degli impianti, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) articolazione dell'attività medico-chirurgica in unità operative generali e specialistiche di diagnosi e cura corrispondenti alle varie discipline afferenti le aree funzionali omogenee di medicina, chirurgia, riabilitazione, con struttura organica autonoma rapportata alle prestazioni complessive in regime di ricovero continuativo o a tempo parziale e di supporto specialistico per indagini diagnostiche e trattamenti terapeutici anche nei servizi territoriali; le unità specialistiche ed i servizi speciali di diagnosi e cura potranno disporre di letti di degenza in numero rapportato alle esigenze del presidio e del territorio servito nell'ambito delle sezioni plurispecialistiche di cui alla successiva lettera b);

b) ristrutturazione, in deroga a quanto previsto dagli articoli 36 e seguenti della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dai decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 e n. 129, delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti le attività di medicina, di chirurgia e di specialità che, pur articolate come previsto nella precedente lettera a), siano dimensionate in rapporto alle esigenze assistenziali di ciascun presidio ospedaliero;

c) inserimento anche nell'ospedale di base degli specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura di cui all'ultimo comma dell'articolo 34 della presente legge;

d) raggruppamento di sezioni di ricovero, settori di ospedalizzazione diurna, centri diagnostici e ambulatori di branche affini e

complementari in aree dipartimentali per il trattamento globale dei malati attraverso l'integrazione delle competenze, il coordinamento dell'attività dei vari specialisti ed il collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri in rapporto alle esigenze di determinati ambiti territoriali;

e) previsione di un sistema organizzativo unitario del presidio ospedaliero cui sia preposto un direttore sanitario, che si avvale della commissione medico-consultiva prevista dal comma 5 del presente articolo;

f) previsione di uffici amministrativi decentrati nell'ospedale per l'espletamento delle funzioni tecniche ed economiche, alle quali è preposto un funzionario dirigente del ruolo amministrativo assegnato all'ospedale, che ne cura il raccordo con le attività sanitarie nell'ambito delle direttive della direzione sanitaria ospedaliera e ne risponde al direttore generale dell'unità sanitaria locale;

g) previsione di specifici finanziamenti e corrispondenti centri di costo per le aree dipartimentali, e la conseguente tenuta di uno speciale conto di gestione allegato al conto generale dell'unità sanitaria locale, secondo quanto stabilito all'articolo 51 della presente legge».

#### Art. 6.

1. L'articolo 18 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è sostituito dal seguente:

«Art. 18. - (*Presidi e servizi multizonali*). - 1. I presidi ed i servizi extraospedalieri dell'unità sanitaria locale destinati a perseguire specifiche finalità nel campo della prevenzione, dell'igiene pubblica e di sanità veterinaria di più unità sanitarie locali, nonché gli istituti zooprofilattici sperimentali, sono qualificati "presidi multizonali".

2. La gestione di tali presidi multizonali è attribuita alla unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati.

3. Il piano sanitario regionale stabilisce il bacino di utenza dei presidi multizonali.

4. La legge regionale stabilisce, a tal fine, norme particolari per definire:

a) gli indirizzi di gestione dei predetti presidi multizonali e le procedure per l'acqui-

sizione degli elementi idonei ad accertarne la efficienza operativa;

b) la previsione di uno specifico finanziamento diretto alla gestione del presidio multi-zonale nell'ambito del complessivo finanziamento dell'unità sanitaria locale competente per territorio per il conseguimento di specifici obiettivi di tutela della salute, nonchè la conseguente partecipazione alla spesa delle unità sanitarie locali interessate».

## TITOLO II

### SISTEMA DEI CONTROLLI E DEI FINANZIAMENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

#### CAPO I

#### I CONTROLLI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

##### Art. 7.

1. L'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 49. - (*Controlli sulle unità sanitarie locali*). - 1. Gli atti deliberati dal consiglio di amministrazione di ciascuna unità sanitaria locale, nonchè quelli deliberati dal consiglio comunale o dalle assemblee, ai sensi dei precedenti articoli, sono sottoposti al controllo del comitato regionale di controllo nella composizione prevista dalla legge 26 aprile 1982, n. 181, che lo esercita nelle forme previste dagli articoli 59 e seguenti della legge 10 febbraio 1953, n. 62.

2. La Regione verifica, avvalendosi di un apposito servizio ispettivo sanitario e finanziario, anche in relazione ai rendiconti trimestrali, l'andamento delle attività assistenziali e della gestione dei fondi assegnati a ciascuna unità sanitaria locale e adotta le idonee misure sostitutive, previa diffida, in caso di inerzia degli organi di amministrazione dell'unità sanitaria locale nel compimento di atti a cui siano tenuti per disposizione di legge o di piano o per direttiva regionale.

3. In caso di gravi e ripetute violazioni delle prescrizioni di legge o di piano o delle direttive

regionali o in caso di gravi inadempienze tali da compromettere la normale efficienza economico-amministrativa dell'azienda o il normale funzionamento tecnico-sanitario dei servizi della stessa o in caso di impossibilità di funzionamento, la Regione può disporre, previa diffida con atto motivato, lo scioglimento del consiglio di amministrazione. Con lo stesso atto è nominato un commissario per la provvisoria gestione dell'unità sanitaria locale.

4. I controlli di cui ai commi 1, 2 e 3 per le Regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano si esercitano nelle forme previste dai rispettivi statuti.

5. Le unità sanitarie locali presentano alle Regioni, entro il 28 febbraio di ciascun anno e in base a criteri e principi uniformi stabiliti dalle Regioni medesime, una relazione sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso del precedente esercizio.

6. Il presidente della Giunta regionale presenta entro il 31 marzo di ciascun anno al Consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulle quote assegnate alla Regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale relative al precedente esercizio. Tale relazione deve essere trasmessa, entro i dieci giorni successivi, ai Ministri della sanità e del tesoro con allegato un riepilogo dei rendiconti delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 50, comma secondo, della presente legge relativi a tutto il quarto trimestre del precedente esercizio».

## CAPO II

### I FINANZIAMENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

#### Art. 8.

1. L'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 51. - (*Finanziamento del servizio sanitario nazionale*). - 1. Il fondo sanitario nazionale, destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale a carico dello Stato, è



determinato dal bilancio pluriennale, ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 agosto 1978, n. 468, previa indicazione degli obiettivi da raggiungere quali risultano dal piano sanitario nazionale o, in mancanza, dalla relazione previsionale e programmatica. La determinazione annuale del fondo sanitario nazionale è affidata alla legge finanziaria di cui all'articolo 11 della stessa legge 5 agosto 1978, n. 468. Gli importi relativi sono stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, negli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio e della programmazione economica. Il fondo sanitario nazionale di cui al presente comma è costituito:

a) dal gettito complessivo delle quote di contributo per le prestazioni del servizio sanitario nazionale comunque dovute, ivi comprese quelle fiscalizzate e dalle eventuali quote di imposta che sostituiscono quelle contributive;

b) dallo stanziamento integrativo dello Stato, iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, nella misura pari a quella consuntiva del 1987 rivalutata secondo il tasso annuale programmato di inflazione, nonchè da altri stanziamenti dello Stato destinati alle spese di sviluppo e ricerca, per il conseguimento degli obiettivi di piano e per l'attuazione di specifiche politiche del personale, anche in conseguenza di rinnovi contrattuali e convenzionali;

c) da uno stanziamento iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero del bilancio e della programmazione economica per gli interventi in conto capitale di carattere ordinario;

d) dall'autofinanziamento derivante dai contributi moderatori della spesa sanitaria nonchè dalla partecipazione dei cittadini alla spesa stessa e dai proventi di servizi resi a pagamento;

e) da ogni altro provento che sia destinato alle finalità del servizio sanitario nazionale.

2. Le somme di cui al comma 1 vengono ripartite fra tutte le Regioni, comprese quelle a statuto speciale, con deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione

economica (CIPE), da adottarsi non oltre il 31 ottobre dell'anno precedente quello cui l'assegnazione si riferisce, in coerenza con le previsioni dei disegni di legge finanziaria e di bilancio presentati al Parlamento, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionale e regionali e sulla base dei seguenti parametri:

a) il fondo sanitario nazionale di parte corrente è composto da due quote. La prima, corrispondente al 95 per cento dell'ammontare complessivo del fondo stesso, è destinata alla copertura delle spese necessarie per assicurare il mantenimento dei livelli di prestazioni sanitarie previsti dalla legislazione vigente, ed è ripartita in proporzione alla popolazione presente in ciascuna Regione, desunta dai più recenti dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica disponibili al momento del riparto. La restante quota, corrispondente al residuo 5 per cento dell'ammontare complessivo del fondo viene destinata ad interventi di riequilibrio dei livelli assistenziali nel territorio nazionale, al finanziamento di attività di sviluppo e dei progetti previsti dal piano sanitario nazionale. Tale quota è ripartita sulla base di parametri oggettivi specifici delle attività da finanziare i quali devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie, stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni;

b) il fondo sanitario nazionale in conto capitale è composto di tre quote. La prima, destinata a finanziare spese per investimenti di mantenimento, è ripartita per due terzi in base all'assegnazione di una quota unitaria per ogni posto-letto esistente entro il limite massimo di 6,5 per mille abitanti. Il restante terzo è ripartito in base alla popolazione calcolata con i criteri di cui alla lettera a). La seconda quota, destinata a finanziare spese per investimenti di innovazione, è ripartita in proporzione al reciproco del reddito *pro capite* regionale, ponderato con la popolazione residente di ciascuna Regione, quale risulta dai più recenti dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica disponibili al momento della ripartizione. La

terza quota, relativa al finanziamento di spese per trasformazione e riconversione delle strutture ospedaliere, è ripartita in proporzione al numero dei posti letto eccedenti il limite di 6,5 per mille abitanti sulla base di specifici progetti presentati dalle Regioni e con vincolo di destinazione. Nella ripartizione dell'ammontare complessivo del fondo sanitario nazionale in conto capitale si applica quanto disposto dall'articolo 43 del testo unico delle leggi sul Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, n. 1523, prorogato dall'articolo 7 della legge 6 ottobre 1971, n. 853, e successive modificazioni.

3. All'inizio di ciascun trimestre, il Ministero del tesoro e il Ministero del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la sua competenza, trasferiscono alle Regioni le quote loro assegnate ai sensi del presente articolo e con la procedura prevista dall'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119.

4. In caso di mancato o ritardato invio ai Ministri della sanità e del tesoro, da parte della Regione, dei dati di cui al terzo comma del articolo 50, le quote di cui al comma 3 vengono trasferite alla Regione in misura corrispondente a quelle dell'esercizio precedente, decurtate di un quinto.

5. Le Regioni, in sede di adozione del piano sanitario regionale, possono stabilire particolari livelli di prestazioni sanitarie, corrispondenti alle necessità di sviluppo dell'assistenza sanitaria nel territorio, alla attuazione dei quali provvedere con finanziamenti specifici. Alla copertura del costo di tali finanziamenti le Regioni possono provvedere mediante imposizione diretta nei confronti dei cittadini residenti nel territorio, o mediante la destinazione, a tale scopo, di quote aggiuntive di imposte previste dalla legge o mediante destinazione di altri fondi previsti nel bilancio regionale. Le Regioni possono pure stabilire particolari quote di partecipazione dei cittadini al costo di determinate prestazioni sanitarie. I provvedimenti di cui al presente comma sono adottati con legge regionale.

6. Le Regioni, sulla base di parametri numerici da determinarsi ed intesi a coordinare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a riportare tra le unità sanitarie locali la quota

loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, riservandone un'aliquota non superiore al 5 per cento per interventi imprevisti. Tali parametri devono garantire la omogeneità dei livelli di prestazioni articolata nel territorio regionale. Per il riparto della quota loro assegnata per il finanziamento delle spese in conto capitale le Regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale e dal piano sanitario regionale nel rispetto dei vincoli posti in sede di assegnazione. Al fine di consentire la tempestiva formazione dei bilanci di previsione da parte delle unità sanitarie locali, le Regioni sono tenute comunque a comunicare alle medesime le assegnazioni loro spettanti entro il 20 novembre dell'anno precedente quello cui le assegnazioni stesse si riferiscono.

7. Con provvedimento regionale, all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali la quota ad esse spettante con le modalità previste dall'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119. Con il medesimo provvedimento la Regione stabilisce la quota di finanziamento vincolato destinata alla gestione dell'ospedale polispecialistico.

8. Il consiglio di amministrazione dell'unità sanitaria locale può, all'inizio di ogni esercizio finanziario, definire con propria deliberazione aree di gestione della spesa relativa al funzionamento di singole divisioni, servizi e altre unità operative dell'unità sanitaria locale, da affidare alla responsabilità dei rispettivi preposti con consultazione della corrispondente *équipe* medica.

9. La deliberazione di cui al comma 8 stabilisce, nei limiti consentiti dalle esigenze di economicità della gestione, l'ambito di detta autonomia di spesa, con riguardo all'acquisto di beni di consumo e servizi, spese di manutenzione ordinaria, acquisto di apparecchiature e presidi medico-chirurgici e fissa l'entità massima delle somme spendibili.

10. Ogni unità sanitaria locale è tenuta a compensare le prestazioni effettuate da altre unità sanitarie locali nei confronti di un cittadino appartenente al proprio territorio. Le modalità di tale compensazione e l'ammontare dei compensi sono stabiliti con provvedimento regionale, sulla base di criteri fissati con decreto del Ministro della sanità.

11. Gli eventuali avanzi annuali di gestione restano attribuiti alle unità sanitarie locali che li hanno realizzati e sono utilizzati nell'esercizio successivo fino ad un massimo del 50 per cento ad integrazione del finanziamento di parte corrente, ivi compreso il pagamento dei canoni derivanti da contratti di locazione finanziaria per attrezzature e per la restante parte in conto capitale».

### CAPO III

#### IL PATRIMONIO DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

##### Art. 9.

1. Il primo e il secondo comma dell'articolo 65 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

«In applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e d'intesa con le Regioni interessate, con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, i beni mobili ed immobili e le attrezzature destinate prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali competenti per territorio.

La legge regionale disciplina la gestione dei beni di cui al primo comma, il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione in opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi sanitari, nonché la tutela dei beni culturali eventualmente ad essi connessi».

##### Art. 10.

1. L'articolo 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 66.- *(Attribuzione di beni già di pertinenza di enti locali)*. - 1. Sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali, nel cui territorio sono collocati, i beni mobili ed immobili e le attrezzature appartenenti ai comu-

ni, alle province o a consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari, compresi i beni mobili ed immobili e le attrezzature dei laboratori di igiene e profilassi.

2. I beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui al settimo comma dell'articolo 64, nonché degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extra-ospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali nel territorio in cui avevano la sede detti enti.

3. Le Regioni adottano gli atti amministrativi necessari per realizzare i trasferimenti di cui ai commi 1 e 2 per regolare i rapporti attivi e passivi degli enti ed istituti di cui ai commi 1 e 2.

4. Con le stesse modalità ed entro gli stessi termini gli enti ed istituti di cui ai commi 1 e 2, ove l'abbiano, perdono la personalità giuridica».

### TITOLO III

## STATO GIURIDICO ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

### CAPO I

## COMPARTO SANITARIO E STATO GIURIDICO DEL PERSONALE DIPENDENTE DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

### Art. 11.

1. I commi primo e secondo dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 sono sostituiti dai seguenti:

«È istituito il comparto sanitario, che comprende i seguenti ruoli del personale dipendente delle unità sanitarie locali:

a) ruolo dei medici, odontoiatri e veterinari;

- b) ruolo dei farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, sociologi;
- c) ruolo del personale infermieristico e tecnico sanitario;
- d) ruolo del personale tecnico dei servizi;
- e) ruolo del personale amministrativo e professionale.

Il rapporto di lavoro del personale inquadrato nei ruoli di cui al primo comma è di diritto privato ed è disciplinato secondo criteri atti a garantire la peculiarità delle funzioni sanitarie ed assistenziali, adottando istituti normativi flessibili e finalizzati alla realizzazione di un qualificato servizio sanitario.

Al rapporto di lavoro di cui al secondo comma si applicano le norme contenute nelle leggi 20 maggio 1970, n. 300, e 11 agosto 1973, n. 533, e successive modificazioni ed integrazioni, con le forme e nei limiti previsti dal decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma quarto del presente articolo».

#### Art. 12.

1. Il comma ottavo dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è sostituito dal seguente:

«Il trattamento economico e normativo dei dipendenti del servizio sanitario nazionale è regolato dai contratti collettivi nazionali di lavoro. È previsto uno specifico accordo di lavoro per il personale medico sia dipendente che a rapporto convenzionale anche ai fini della omogeneizzazione dei trattamenti economici nei limiti consentiti dalle peculiarità dei rispettivi rapporti di lavoro e di collaborazione. Per gli accordi riguardanti il personale di cui al presente articolo la delegazione della pubblica amministrazione è composta dal Ministro della sanità, che la presiede, dal Ministro del tesoro, da due rappresentanti delle Regioni e da un rappresentante delle unità sanitarie locali».

#### Art. 13.

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente

legge, su proposta del Ministro della sanità, un decreto, avente valore di legge ordinaria, per modificare, integrare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di ordinamento del personale del servizio sanitario nazionale, prevedendo una speciale regolamentazione dell'ordinamento stesso, con l'adozione di normative particolari atte a recepire gli istituti previsti dalla legge 20 maggio 1970, n. 300, e dall'ordinamento riguardante il rapporto di lavoro privato, nel rispetto dei principi contenuti nella presente legge e dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) il ruolo nominativo regionale ha valore di elenco ricognitivo anche ai fini della mobilità del personale e della programmazione sanitaria;

b) l'ammissione alle diverse posizioni funzionali sarà disciplinata, in particolare, per il personale medico e per quello impegnato nell'assistenza diretta al malato, in modo da valorizzare l'effettiva competenza professionale, nonché gli aspetti formativo-culturali e tecnico-operativi. Per l'accesso al servizio sanitario nazionale dovrà comunque essere previsto un tirocinio pratico da svolgersi, con modalità e per un periodo stabiliti, presso le strutture del servizio stesso, da parte dei medici, odontoiatri e veterinari che intendano accedervi anche per convenzione;

c) il rapporto di lavoro per i medici, gli odontoiatri ed i veterinari potrà essere a tempo definito o a tempo pieno, prevedendosi solo per quest'ultimo la possibilità per gli interessati di svolgere attività libero-professionale fuori dall'orario normale di lavoro nelle strutture dell'unità sanitaria locale o nelle strutture private appositamente con questa convenzionate, secondo tariffe stabilite in base alla normativa vigente. Ai sanitari con rapporto di lavoro a tempo definito, sarà consentita l'attività libero-professionale fuori dall'orario di lavoro, purchè essa non si svolga presso strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale;

d) per il personale medico dipendente dal servizio sanitario nazionale saranno stabiliti i seguenti tre livelli di funzione: assistente, medico specialista, medico dirigente. La permanenza in ciascun livello per consentire



l'accesso al livello superiore sarà stabilita nel minimo di cinque anni;

e) per il personale medico in servizio presso gli ospedali dovrà essere stabilito un trattamento economico differenziato, rapportato al livello della struttura ospedaliera nella quale esso è inserito. Il trattamento economico dovrà pure differenziarsi in base al rapporto di lavoro a tempo definito o a tempo pieno ed alle funzioni di alta specialità espletate dal personale di cui sopra;

f) l'idoneità alle funzioni di medico dirigente verrà acquisita mediante concorso nazionale per titoli ed esami e la conseguente iscrizione in un albo nazionale di idonei, nel quale sarà ricompreso un numero chiuso di medici dirigenti da stabilirsi con le norme della programmazione sanitaria nazionale; in tale albo entrano di diritto i primari in servizio;

g) l'attribuzione delle funzioni di medico dirigente verrà effettuata per chiamata, secondo criteri fissati dalle norme regolamentari, fra gli iscritti nell'albo di cui alla lettera f) e non potrà avere durata superiore ad anni cinque con possibilità di rinnovo;

h) saranno definite le ipotesi di incompatibilità, che dovranno comunque prevedere l'unicità del rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale escludendo la coesistenza di tale rapporto con quello convenzionale, salva l'ipotesi di cui alla seguente lettera i);

i) oltre a quanto previsto dal rapporto convenzionale di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si potrà altresì consentire la stipula da parte delle unità sanitarie locali, previa autorizzazione della Regione, di speciali e singoli contratti a termine per l'utilizzazione di personale provvisto di qualificati livelli di specializzazione nelle strutture anche ospedaliere, nonchè quando sussista la necessità di integrare unità operative a carattere pluridisciplinare operanti soprattutto nel territorio. Ogni singolo contratto, che potrà essere stipulato anche con medici specialisti dipendenti da altra unità sanitaria locale, stabilirà le modalità di espletamento della prestazione professionale fissando un impegno orario non superiore alle dieci ore settimanali, con esclusione di qualsiasi rapporto di dipendenza gerarchica, salvo il rispetto

delle direttive emanate dai responsabili del servizio, ed avrà la durata di un anno, rinnovabile;

l) per il conferimento di incarichi anche temporanei di responsabile di servizio delle unità sanitarie locali verrà richiesto, oltre a quanto previsto dalla presente legge, anche il diploma della Scuola superiore di organizzazione sanitaria per la specifica area funzionale o raggruppamento di aree;

m) previsione di esame di idoneità per l'accesso a tutte le qualifiche apicali per le quali sia richiesto il diploma di laurea;

n) l'istituzione presso il Ministero della sanità della Scuola superiore di organizzazione sanitaria, con facoltà di organizzare anche sedi decentrate della stessa, la quale dovrà avere per scopo la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento del personale amministrativo e sanitario destinato alla dirigenza del servizio sanitario nazionale, regolamentandone la struttura, la gestione ed il finanziamento. La Scuola, ai fini dello svolgimento dei corsi potrà anche avvalersi, mediante convenzionamento, delle amministrazioni dello Stato, delle università e di qualificati enti o istituti culturali pubblici o privati;

o) la gestione della pianta organica e dei concorsi sarà di esclusiva competenza dell'unità sanitaria locale, nel rispetto delle previsioni e prescrizioni del piano sanitario nazionale e del piano sanitario regionale;

p) salvo quanto stabilito dalla lettera g), la copertura dei posti vacanti anche in via temporanea sarà effettuata, a scelta dell'amministrazione interessata, o mediante trasferimento riservato al personale inserito nei ruoli nominativi regionali o mediante concorsi pubblici per titoli ed esami. Alla copertura dei posti relativi alle posizioni funzionali apicali le amministrazioni interessate dovranno provvedere esclusivamente mediante concorso pubblico per titoli ed esami, al quale verrà ammesso solo il personale in possesso di specifici titoli di studio e professionali, tenendo conto di quanto stabilito alla successiva lettera s);

q) in sede di concorsi per titoli ed esami il punteggio riservato ai titoli non potrà essere superiore alla metà del punteggio complessivo riservato alle prove di esame, in

caso di concorsi per la copertura di posti di personale laureato, e non superiore al 30 per cento del punteggio complessivo riservato alle prove di esame, in caso di concorsi per la copertura di posti del restante personale. Nella valutazione dei titoli il punteggio relativo all'anzianità non potrà superare il 50 per cento del punteggio complessivo riservato ai titoli stessi;

r) le commissioni giudicatrici, nominate dal consiglio di amministrazione, saranno presiedute dal presidente del consiglio stesso, o da altro amministratore da lui delegato. Esse saranno composte da un numero di commissari non superiore a quattro, oltre al presidente, dei quali due esperti nelle materie oggetto del concorso - tra cui un professore universitario ordinario - scelti dal consiglio di amministrazione dell'ente, e due rappresentanti del personale appartenenti al medesimo ruolo e profilo professionale ed al livello non inferiore a quello dei posti messi a concorso, indicati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative su base nazionale. Qualora la figura professionale relativa al posto messo a concorso preveda l'iscrizione ad ordine o collegio professionale, uno di tali rappresentanti sarà designato dall'ordine o collegio competente;

s) per l'accesso a posizioni funzionali che richiedano particolare preparazione professionale potrà essere stabilita quale titolo aggiuntivo, la frequenza a corsi di qualificazione o a scuole post-universitarie e di specializzazione;

t) in caso di inerzia dell'unità sanitaria locale nel bandire ed espletare le conseguenti procedure per la copertura dei posti vacanti, il competente organo regionale potrà adottare le idonee misure sostitutive;

u) le norme disciplinari relative al rapporto di lavoro dovranno essere stabilite dai contratti collettivi nazionali di cui all'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 12 della presente legge, e dovranno tener conto di quanto stabilito all'articolo 7 della legge 20 maggio 1970, n. 300, e successive modificazioni ed integrazioni;

v) nella regolamentazione della cessazione dal servizio verrà data applicazione alle

norme della legge 15 luglio 1966, n. 604, degli articoli 18 e 35 della legge 20 maggio 1970, n. 300, e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 14.

1. È istituita presso ogni Regione o provincia autonoma una commissione consultiva composta da medici e veterinari provvisti di comprovati requisiti di professionalità e di esperienza nell'ambito del servizio sanitario nazionale, designati dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri e dalla Federazione degli ordini dei veterinari della Regione o provincia autonoma nell'ambito di rose indicate paritericamente dalle organizzazioni sindacali dei medici dipendenti e convenzionati, nonché da quelle dei veterinari dipendenti maggiormente rappresentative su base regionale.

2. La Giunta regionale o provinciale stabilisce il numero dei componenti di tale commissione, nonché le modalità per la convocazione ed il funzionamento della stessa.

3. Tale commissione sarà presieduta dal responsabile del dipartimento sanità della Regione o provincia autonoma ed esprimerà parere obbligatorio alla Giunta regionale o provinciale sulle seguenti materie:

a) previsioni generali del piano sanitario regionale in materia di organizzazione dei presidi sanitari, ospedalieri e territoriali;

b) convenzioni con le università, gli istituti a carattere scientifico, le istituzioni sanitarie riconosciute e le istituzioni sanitarie di carattere privato;

c) programmi regionali di formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario.

4. Il parere di cui al comma 3 deve essere espresso entro un termine stabilito che non può essere inferiore a 15 giorni dalla richiesta, salvo i casi di comprovata urgenza, decorso il quale il parere si intende favorevole.

5. I componenti medici e veterinari della commissione di cui al presente articolo restano in carica per un triennio e non sono immediatamente riproponibili.

## CAPO II

NORME PER L'AGGIORNAMENTO  
PROFESSIONALE

## Art. 15.

1. L'aggiornamento obbligatorio professionale costituisce diritto-dovere di ogni sanitario e di ogni operatore del servizio sanitario nazionale.

2. Il Ministro della sanità, sentito il parere delle Regioni e delle province autonome, stabilisce, con propri decreti, programmi generali e speciali, annuali e pluriennali, di aggiornamento obbligatorio, funzionali alla realizzazione degli obiettivi fissati dal piano sanitario nazionale.

3. Tali programmi possono prevedere non solamente attività didattiche teoriche, ma anche periodi di tirocinio e di frequenza obbligatoria presso strutture del servizio sanitario nazionale, della facoltà di medicina o strutture pubbliche, con esse convenzionate, diverse da quelle cui il dipendente è assegnato, e periodi di frequenza a carattere residenziale dell'operatore convenzionato, presso strutture del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionate.

4. Per quanto concerne i medici dipendenti e convenzionati i programmi di cui al comma 3 sono adottati previo parere del Consiglio superiore di sanità e del Consiglio sanitario nazionale.

5. In relazione ai programmi di cui al comma 3, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della sanità, stabilisce annualmente la quota del fondo sanitario nazionale che le Regioni devono destinare al finanziamento delle attività di formazione permanente e di aggiornamento professionale dei medici dipendenti e convenzionati, distintamente, e del restante personale.

6. Le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana dei provvedimenti previsti dai precedenti commi, alla

approvazione del programma regionale applicativo di quello nazionale, con le integrazioni e modifiche richieste da motivate e specifiche esigenze dell'assistenza sanitaria alla popolazione, sentite le organizzazioni sindacali e professionali interessate.

#### Art. 16.

1. Alla organizzazione e gestione dei corsi e delle attività di aggiornamento previste dal programma regionale provvedono le unità sanitarie locali, sulla base di un programma locale definito di intesa con le organizzazioni sindacali interessate e gli ordini o i collegi provinciali delle diverse professioni sanitarie, avvalendosi di istituzioni scientifiche e culturali, pubbliche o private, con priorità per quelle inserite nel territorio.

2. Le istituzioni di cui al comma 1 operano mediante convenzioni, sotto la vigilanza delle unità sanitarie locali, che potranno avvalersi a questo scopo degli ordini o dei collegi professionali.

3. A ciascun corso di aggiornamento è preposto un delegato dell'unità sanitaria locale coadiuvato da un rappresentante dell'ordine o del collegio professionale scelto dal consiglio direttivo tra gli iscritti nell'albo con adeguata anzianità di effettivo esercizio nella disciplina oggetto del corso.

4. Nell'attuazione dei compiti ad esse affidati, le istituzioni di cui al comma 1 utilizzano di norma, ai fini didattici e formativi, personale dipendente o convenzionato appartenente al servizio sanitario nazionale e personale operante nelle strutture universitarie, soprattutto della facoltà di medicina, convenzionate ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Possono altresì essere stipulati contratti per prestazioni didattiche con esperti italiani e stranieri di riconosciuta competenza.

#### Art. 17.

1. I corsi di aggiornamento professionale, le attività di tirocinio pratico ed i periodi di frequenza residenziale, si concludono con la verifica, a cura del delegato dell'unità sanitaria

locale competente e dei docenti, del profitto tratto da ciascun partecipante. Qualora la verifica abbia esito positivo è rilasciato al partecipante un certificato, firmato dal legale rappresentante della istituzione abilitata, nel quale deve essere attestata, oltre alla natura e finalità del corso la assiduità della frequenza e deve essere formulato un sintetico giudizio sul profitto trattone dal partecipante con l'attribuzione di un punteggio espresso in centesimi.

2. Il personale sanitario è ammesso alle attività di aggiornamento con criteri di rotazione che debbono assicurare la partecipazione di ciascun operatore, nell'arco temporale fissato ai sensi del comma 2 dell'articolo 15, ad almeno un corso di aggiornamento professionale nella disciplina o settore di attività assegnato.

3. Il comportamento di colui che, senza giustificato motivo, si sottrae alle attività di aggiornamento professionale obbligatorio, organizzate ai sensi della presente legge, e il mancato conseguimento per due volte consecutive dell'attestato di cui al comma 1 formano oggetto di valutazione sotto il profilo deontologico del rispettivo ordine o collegio professionale e vengono considerati, nella valutazione in sede concorsuale del *curriculum* formativo e professionale, con particolari detrazioni da stabilirsi con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

### CAPO III

#### NORME FINALI E TRANSITORIE

##### Art. 18.

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, un decreto avente valore di legge ordinaria, per il riordino e la ristrutturazione del Ministero della sanità e del Consiglio sanitario nazionale, in relazione ai nuovi e diversi compiti loro assegnati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modifiche ed integrazioni, nel rispetto, tra l'altro, dei seguenti indirizzi generali:

a) al Ministero della sanità dovranno essere riconosciute tutte le attribuzioni inerenti al governo del servizio sanitario nazionale, ivi comprese quelle relative alla determinazione del fondo sanitario ed all'ordinamento del personale;

b) il Consiglio sanitario nazionale è organo consultivo del Ministero della sanità specificamente preposto ad esprimere parere in ordine alla programmazione sanitaria nazionale e al coordinamento dell'attività sanitaria nel territorio nazionale, nonché a redigere la relazione annuale sullo stato della sanità nel Paese. Esso è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto da un rappresentante per ogni Regione e provincia autonoma; da cinque esperti nominati dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro; da sette esperti di cui due direttori generali di unità sanitaria locale e due coordinatori sanitari o direttori sanitari di ospedale polispecialistico nominati dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità e del tesoro; da cinque rappresentanti del Consiglio superiore di sanità; da tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani; da quattro rappresentanti delle organizzazioni sindacali mediche più rappresentative e da quattro rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative del personale non medico.

#### Art. 19.

1. I trasferimenti dei beni mobili ed immobili previsti dagli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificati dagli articoli 9 e 10 della presente legge, già intervenuti a favore dei comuni, sono effettuati con decreto del presidente della Giunta regionale.

2. Tale decreto costituisce titolo per la trascrizione nei registri immobiliari, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati da ogni onere relativo a imposte e tasse.

3. I beni immobili di cui al primo comma dell'articolo 65 ed ai commi 1 e 2 dell'articolo 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificati dagli articoli 9 e 10 della presente legge, che, all'entrata in vigore della stessa, si



trovassero, in base alle disposizioni di detti articoli 65 e 66, già trasferiti al patrimonio di enti non competenti, sono trasferiti al patrimonio degli enti competenti ai sensi della presente legge con il decreto del presidente della Giunta regionale previsto al comma 1 del presente articolo.

#### Art. 20.

1. All'entrata in vigore della presente legge le unità sanitarie locali, già costituite ai sensi degli articoli 10 e 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificati dalla presente legge, sono trasformate di diritto in aziende, ai sensi dell'articolo 1 della presente legge.

2. Sino alla costituzione degli organi previsti dall'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sostituito dall'articolo 4 della presente legge, il comitato di gestione assume le funzioni del consiglio di amministrazione. Resta pure in carica il collegio dei revisori anche se i componenti sono carenti della iscrizione all'Albo nazionale dei revisori dei conti.

3. Alla data di entrata in vigore della presente legge i coordinatori amministrativo e sanitario di cui all'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, assumono le funzioni attribuite all'ufficio di direzione ed ai suoi componenti dall'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, così come modificato dall'articolo 4 della presente legge, e, sino alla nomina del direttore generale previsto nel medesimo articolo, assumono, a turni mensili, le funzioni dello stesso.

4. Dall'entrata in vigore della presente legge l'assemblea prevista dal secondo comma, dell'articolo 15, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dalla legge 15 gennaio 1986, n. 4, esercita le funzioni previste dall'articolo 2 della presente legge, fino al suo rinnovo.

#### Art. 21.

1. Per l'esercizio delle deleghe previste dalla presente legge, il Governo acquisisce il parere

di una apposita Commissione composta da dieci deputati e dieci senatori nominati, in rappresentanza proporzionale dei gruppi parlamentari, dai Presidenti delle rispettive Camere.

2. Le leggi regionali previste dall'articolo 13, comma 2 e dall'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificati dagli articoli 2 e 4 della presente legge, debbono essere emanate entro 180 giorni dalla sua entrata in vigore.