

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

Nn. 2375, 233, 1020, 1679 e 1879-A

RELAZIONE DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE ZITO)

Comunicata alla Presidenza il 7 marzo 1991

SUI

DISEGNI DI LEGGE

Riordinamento del Servizio sanitario nazionale
e misure di contenimento della spesa sanitaria (2375)

*approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 18 luglio 1990 in un
testo risultante dall'unificazione*

**del disegno di legge presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
e dal Ministro della Sanità
di concerto col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica
col Ministro del Tesoro
col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale
col Ministro dell'Ambiente
e col Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica**

(V. Stampato Camera n. 4227)

**e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati STERPA; RUSSO Franco, ARNABOLDI,
RUSSO SPENA, CAPANNA, RONCHI, CIPRIANI, GUIDETTI SERRA e TAMINO;
ZANGHERI, BENEVELLI, CECI, TAGLIABUE, BARBERA, BERNASCONI, ANGIUS,
STRUMENDO, BIANCHI BERETTA, BRESCIA, COLOMBINI, DIGNANI GRIMALDI,
LO CASCIO GALANTE, MAINARDI FAVA, MONTANARI FORNARI, SANNA,
CAPECCHI e PEDRAZZI CIPOLLA**

(V. Stampati Camera nn. 1058, 1107 e 3593)

*Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 24 luglio 1990*

Norme per la formazione dei dirigenti delle unità sanitarie locali e istituzione della scuola superiore di organizzazione sanitaria (233)

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, JERVOLINO RUSSO, MELOTTO, CONDORELLI, PINTO, CECCATELLI, DE CINQUE, SANTALCO, BOGGIO, D'AMELIO, RUFFINO, SALERNO, AZZARÀ, BERNARDI, GOLFARI, PARISI, BUSSETI e CHIMENTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 LUGLIO 1987

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 (1020)

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

Norme per l'amministrazione straordinaria delle unità sanitarie locali e per il controllo sugli atti degli amministratori (1679)

d'iniziativa dei senatori FILETTI, SIGNORELLI, FLORINO, FRANCO, GRADARI, LA RUSSA, MANTICA, MISSERVILLE, MOLTISANTI, PISANÒ, PONTONE, POZZO, RASTRELLI, SANESI, SPECCHIA e VISIBELLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 APRILE 1989

Norme a parziale modifica ed integrazione della legge
23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio
sanitario nazionale (1879)

**d'iniziativa dei senatori TEDESCO TATÒ, BERLINGUER, IMBRIÀCO,
RANALLI, MERIGGI, DIONISI, TORLONTANO e ZUFFA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 SETTEMBRE 1989

ONOREVOLI SENATORI. - C'è un punto, a proposito del Servizio sanitario nazionale, su cui tutti concordano, e cioè: o si approva rapidamente una buona legge di riforma o esso è destinato a soccombere alle difficoltà nelle quali oggi si dibatte. Una buona legge di riforma è sembrato alla Commissione sanità del Senato essere quella che conserva i principi fondamentali della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ma nello stesso tempo affronta i problemi che sono emersi nel corso di questi dodici anni di applicazione, a cominciare dall'espansione incontrollata della spesa sanitaria, che ha raggiunto livelli difficilmente compatibili con gli equilibri finanziari dello Stato. Una buona legge, d'altro canto, è anche quella che non si limita a proclamare principi e a indicare obiettivi, ma affronta altresì gli strumenti capaci di conseguire i risultati che si vogliono raggiungere. Questi sono stati i criteri fondamentali che hanno guidato il lavoro della Commissione. Essa ha preso le mosse, per il dibattito che si è sviluppato al suo interno, dal testo approvato dalla Camera dei deputati, che si caratterizzava essenzialmente per una innovazione fondamentale: l'articolazione regionale del Servizio sanitario nazionale. La Commissione sanità ha recepito, rafforzato e garantito l'opzione regionalistica della Camera, che si fonda sull'articolo 117 della Costituzione e non viene minimamente messa in discussione, come pure è stato affermato, dalla recente legge 8 giugno 1990, n. 142, sull'ordinamento delle autonomie locali. Opzione regionalistica non vuol dire regionalizzazione del servizio sanitario, che resta un servizio nazionale. La sanità infatti è sostanzialmente diversa dalle altre materie che l'articolo 117 assegna come competenza alle Regioni, in quanto essa, come è stato osservato più volte anche dalla Corte costituzionale, tocca un diritto garantito costitu-

zionalmente al cittadino. Opzione regionalistica significa affidare alle Regioni la gestione e il controllo della sanità, con le conseguenti responsabilità a loro carico, e partendo da un livello minimo di prestazioni sanitarie uguale in tutto il territorio nazionale e stabilito in via legislativa. La competenza mista Stato-Regioni per quanto riguarda la sanità solleva, naturalmente, il problema del limite entro il quale lo Stato può intervenire senza ledere l'autonomia delle Regioni. Si tratta di un problema delicato che il testo all'esame del Senato risolve in maniera che può essere considerata soddisfacente. Lo stesso si può dire dei poteri di gestione e controllo attribuiti alle Regioni, che sono di tale ampiezza da giustificare le eventuali responsabilità finanziarie che sono previste dal disegno di legge in esame.

Una particolare attenzione è stata dedicata dalla Commissione al problema del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la cui soluzione è stata ritenuta pregiudiziale rispetto all'impianto generale della legge. In altre parole, il superamento del cosiddetto «piè di lista», ossia del pagamento del debito accumulatosi, per qualsiasi ragione, negli anni precedenti, e che è stato uno dei maggiori fattori di deresponsabilizzazione nella gestione del Servizio sanitario nazionale presuppone l'esistenza di tre condizioni: 1) azzeramento di tutto il debito pregresso (a cui si è proceduto attraverso il decreto-legge 15 settembre 1990, n. 262, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 1990, n. 334, salvo che il confronto attualmente in corso tra Stato e Regioni non dia risultati diversi); 2) correlazione tra stima del Fondo sanitario e prestazioni sanitarie, che devono essere stabilite e modificate per legge; 3) possibilità di una verifica in corso d'opera.

Altro cardine della riforma è la netta separazione tra indirizzo politico e gestione. Se non è giusto attribuire alle unità sanitarie locali e ai comitati di gestione di nomina politica tutti i mali di cui soffre il Servizio sanitario, è giusto tuttavia - ed è un altro punto su cui sembra si registri un consenso unanime - procedere a una distinzione tra le attività di gestione, da affidare a persone in possesso delle necessarie qualificazioni professionali, e attività di programmazione e indirizzo, rispetto alle quali si esercitano la responsabilità e la rappresentatività politica. Anche sotto questo aspetto il testo licenziato dalla Commissione sanità accoglie, migliorandola, la impostazione che è stata data dalla Camera dei deputati. Per un esame degli altri problemi, si rinvia alla illustrazione dei singoli articoli, alla quale però non è forse improprio premettere una riflessione di ordine generale. Ogni legge che mira a governare dei sistemi complessi urta contro una serie di difficoltà. È difficile, innanzitutto, prevedere con precisione quali saranno le conseguenze, nell'ambito del sistema, dei mutamenti che si introducono anche in una piccola parte di esso. In secondo luogo, una normativa valida per tutto il territorio nazionale deve fare i conti con le grandi diversità sociali e culturali che esistono all'interno del nostro paese e che sono tali da determinare anche esiti assai diversi nonostante l'esistenza di una disciplina identica. Infine occorre tener conto del fattore umano, dal momento che è proprio dai comportamenti umani che dipende in larga misura e in ultima istanza il successo o meno di una disposizione di legge.

Per quanto riguarda la sanità, le difficoltà sono aggravate da altri fattori, come ad esempio una innovazione scientifica e tecnologica capace di mutare sostanzialmente il quadro di riferimento iniziale. Tutto ciò induce a ritenere che questo disegno di legge deve essere considerato non come un approdo definitivo, e nemmeno come un approdo immutabile per un rilevante numero di anni, ma come l'inizio di un processo da osservare attentamente, nei suoi svolgimenti successivi, e regolamenta-

re meglio, con interventi settoriali, via via che se ne manifesterà la opportunità.

L'articolo 1 del testo accolto dalla Commissione, che si differenzia da quello approvato dalla Camera dei deputati per alcune significative innovazioni, contiene alcune tra le norme più qualificanti, in quanto riguarda il finanziamento del Servizio sanitario. Il Fondo sanitario nazionale viene soppresso e viene istituito il Fondo sanitario interregionale, ripartito tra le Regioni secondo un sistema di coefficienti parametrici, preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni su tutto il territorio nazionale. In ogni caso si prevede che il Fondo abbia una consistenza tale da garantire le prestazioni sanitarie da erogare e per queste ultime si fa riferimento al decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33. Tali disposizioni, oltre a rinviare alle prestazioni già fornite dall'INAM per l'assistenza integrativa, garantiscono l'assistenza medico-generica, pediatrica ed ostetrica, l'assistenza ospedaliera nei presidi pubblici e convenzionati e l'assistenza specialistica nei presidi ed ambulatori a gestione diretta. La Commissione si è lungamente soffermata su questo punto, anche in sede di comitato ristretto, al fine di rendere inequivocabilmente chiaro che lo Stato è tenuto a garantire i livelli di assistenza e successivamente, una volta definiti questi ultimi, a prevedere il relativo finanziamento, anziché stabilire preliminarmente il finanziamento ed in base alle risorse disponibili determinare le prestazioni. Si è così salvaguardato uno dei punti fondamentali della riforma sanitaria del 1978. Si è inteso però anche responsabilizzare le Regioni, alle quali viene attribuita in sostanza la gestione delle risorse finanziarie, rispetto agli eventuali sfondamenti di spesa. La fissazione dell'entità del Fondo sanitario interregionale, che dovrà comunque essere congrua rispetto alla garanzia dei livelli di assistenza, dovrebbe infatti evitare il fenomeno della sottostima del Fondo sanitario che è stata una delle cause, per molti anni, della formazione di notevoli disavanzi nella gestione del Servizio. Con il

nuovo sistema delineato nel comma 2 dell'articolo, si procederà quindi entro il 31 luglio di ogni anno per un triennio ad una verifica dell'andamento della spesa da parte di una Commissione mista Stato-Regioni. Ove eventuali squilibri fossero determinati da fattori indipendenti dalla gestione del servizio, il Governo dovrà provvedere alla loro eliminazione o con apposito provvedimento o in sede di legge finanziaria o di provvedimenti alla stessa collegati; in caso contrario spetterà alle Regioni far fronte al ripiano dei disavanzi maturati.

L'articolo prevede, poi, una nuova composizione del Consiglio sanitario nazionale, nel quale entrano a far parte i rappresentanti degli ordini e dei collegi professionali operanti nel settore sanitario, superando così una delle antinomie contenute nella legge n. 833 del 1978, che aveva dato luogo ad aspro risentimento da parte degli interessati. All'ultimo comma dell'articolo si stabilisce che le unità sanitarie locali assumano la denominazione di aziende di servizi sanitari, al fine di rendere esplicita la distinzione tra politica e gestione, che è uno degli scopi fondamentali della nuova legge. La Commissione ha, quindi, introdotto un nuovo articolo, rispetto al testo approvato dalla Camera - collocato come articolo 2 - nel quale sono inserite le misure tendenti alla realizzazione del riequilibrio territoriale. L'introduzione di una norma speciale per il riequilibrio territoriale è stata ritenuta necessaria perchè la mancanza di norme di questo tipo nella legge n. 833 del 1978 è stata una delle cause della crisi del Servizio sanitario nazionale. I gravi squilibri strutturali del periodo antecedente alla riforma, causati in parte dal modo di funzionamento stesso del sistema mutualistico, non sono stati risolti ed anzi il penoso fenomeno della mobilità sanitaria dal Sud d'Italia verso il Nord e, in parte, verso l'estero, è rimasto in tutta la sua gravità. Per le regioni meridionali, poi, si rendono necessari anche interventi specifici per l'aggiornamento e la formazione del personale. Si prevede la predisposizione da parte del Ministro della sanità di un piano triennale per le Regioni particolarmente

svantaggiate, da sottoporre all'approvazione del CIPE. Spetta allo stesso CIPE l'individuazione delle Regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche o convenzionate obbligatoriamente. Il piano deve prevedere anche misure per realizzare l'equilibrio nel rapporto tra strutture pubbliche, private convenzionate e private. Per gli interventi richiedenti iniziative coordinate da parte di amministrazioni statali, regionali e di altri enti pubblici, il Ministro della sanità promuove un apposito accordo di programma. Per quanto riguarda il finanziamento di tali iniziative, si provvede con prelievi integrativi sulla quota di Fondo sanitario accantonata per fabbisogni particolari ed imprevisti. L'entità delle risorse a disposizione per la realizzazione delle iniziative in questione è calcolata in riferimento alla compensazione per mobilità sanitaria, fino ad un massimo dell'1 per cento del Fondo sanitario interregionale. Per tutti gli atti che riguardano le regioni meridionali ed insulari è richiesto il concerto del Ministro degli interventi straordinari nel Mezzogiorno, mentre per la realizzazione del piano si possono utilizzare i fondi di cui alla legge 1° marzo 1986, n. 64.

L'articolo 3 riguarda le norme sull'amministrazione e la contabilità. L'articolo 2 del testo approvato dalla Camera dei deputati prevedeva una delega al Governo per l'adozione di un decreto legislativo. Allo scopo di armonizzare le disposizioni sulla contabilità con l'impostazione generale della nuova legge, tendente a dare il massimo di autonomia alle Regioni, la Commissione ha ritenuto preferibile conferire alle Regioni stesse il potere di regolare con legge la disciplina dell'amministrazione, della gestione e della contabilità delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere. Restano, invece, da regolare con decreto legislativo, da emanarsi dal Governo, i principi fondamentali per il coordinamento ed il consolidamento dei conti delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere.

L'articolo 4 concerne le funzioni regionali. A tal riguardo le modifiche apportate dalla Commissione al testo approvato dalla Camera dei deputati sono significative.

Esse tendono anche ad armonizzare il testo con le disposizioni contenute nella recente legge sulle autonomie locali. Il nuovo testo dell'articolo 4 attribuisce alle Regioni, in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, le funzioni legislative ed amministrative non espressamente riservate allo Stato. È previsto, però, che le Regioni deleghino alle città metropolitane le funzioni amministrative, ad esclusione degli indirizzi di politica sanitaria, dei controlli e del consolidamento dei bilanci. Il predetto testo è scaturito da un complesso dibattito svoltosi in seno alla Commissione in sede plenaria e, precedentemente, in sede di comitato ristretto. In proposito la Commissione ha avuto incontri con i rappresentanti delle Regioni, che hanno trasmesso le loro indicazioni. Il testo accolto è, comunque, un punto di equilibrio politico raggiunto nella Commissione, ed è evidentemente suscettibile di ulteriori modifiche in sede di esame in Assemblea, con particolare riguardo al ruolo delle aree metropolitane, per le quali si è prevista una competenza amministrativa generale, laddove il testo trasmesso dall'altro ramo del Parlamento attribuiva alle Regioni la scelta di delegare o meno tali funzioni.

L'articolo 5 riguarda l'organizzazione delle aziende di servizi sanitari. A tal riguardo sono state mantenute le scelte di fondo fatte dalla Camera dei deputati, relative in primo luogo alla chiara distinzione tra politica ed amministrazione, da realizzarsi soprattutto con l'istituzione della figura del direttore generale, al quale vengono attribuite le competenze gestionali. Il direttore generale viene nominato dalla giunta regionale o delle province autonome, su proposta del consiglio di amministrazione dell'azienda. La proposta deve riguardare persona iscritta in apposito elenco nazionale predisposto da una commissione nominata dal Ministro della sanità e composta di esperti. All'elenco possono accedere coloro i quali siano in possesso del diploma di laurea e di specifici

e documentati requisiti attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa di enti, strutture pubbliche o società di dimensione media o grande, per un periodo almeno quinquennale. Non ci sono innovazioni significative né alla disciplina dei consigli di amministrazione che prendono il posto dei vecchi comitati di gestione, ma con attribuzioni ben diverse, né a quella sull'ambito delle aziende di servizi sanitari, che resta fissato in 120.000 abitanti. Si chiarisce, poi, con apposita modifica, che la rappresentanza legale spetta al direttore generale. L'articolo è stato infine modificato per riordinare, con apposito decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, la Scuola superiore della pubblica amministrazione, che sarà dotata di un consiglio di amministrazione e di autonomia funzionale, gestionale e contabile.

L'articolo 6 riguarda l'istituzione dei distretti socio-sanitari di base, configurati come l'articolazione tecnico-funzionale delle aziende di servizi sanitari. Si prevedono norme specifiche per il coordinamento delle attività socio-sanitarie delle aziende stesse.

L'articolo 7 concerne le aziende ospedaliere. La questione dell'autonomia da conferire agli ospedali più grandi è stata uno dei motivi di critica più insistenti nei riguardi della legge n. 833. Da più parti si è però anche evidenziata la necessità di evitare un'eccessiva proliferazione di ospedali autonomi, con la relativa atomizzazione delle gestioni, che causa, a sua volta, un aumento delle spese. Per tenere conto di entrambe tali esigenze, si sono apportate alcune significative modifiche al testo approvato dalla Camera. Sono state previste, al comma 2 dell'articolo, le caratteristiche che dovranno avere gli ospedali da rendere autonomi; si richiama in particolare l'attenzione sulla necessità che in tali ospedali siano presenti più strutture di alta specializzazione, con la relativa disponibilità di dotazioni tecnologiche e di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato. Conseguentemente a tale scelta di fondo, è stato soppresso l'articolo 7 del testo appro-

vato dalla Camera dei deputati, che genericamente consentiva alle Regioni di rendere autonomi gli ospedali che disponessero di complesse dotazioni tecnologiche e che prestassero almeno il 50 per cento della assistenza ad assistiti provenienti da altre USL. Tale formulazione avrebbe rischiato di portare ad una eccessiva proliferazione di aziende ospedaliere autonome. Nell'articolo si prevede poi, al comma 9, che con atto di indirizzo e coordinamento si provveda a dettare i principi per la riorganizzazione della rete ospedaliera. Tra i criteri da seguire per l'emanazione di detto atto di indirizzo sono specificamente previsti l'eliminazione delle situazioni di diseconomia, anche attraverso la chiusura e la riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto, ed il potenziamento delle attività di ricovero diurno o di assistenza domiciliare.

Con riferimento, poi, allo svolgimento di attività libero-professionale, al comma 8 si prevede che all'interno degli ospedali siano riservati a tal fine spazi adeguati e che almeno il 10 per cento dei posti letto sia costituito da camere a pagamento: tali misure tendono allo sviluppo della ospedalità pubblica ed in definitiva ad un riequilibrio tra sanità pubblica e privata, particolarmente necessario in alcune aree del paese.

L'articolo 8 concerne gli istituti a carattere scientifico, i policlinici, gli enti di ricerca, gli istituti zooprofilattici e gli ospedali militari. Il dibattito più complesso ha riguardato i policlinici universitari. L'ipotesi di un completo sganciamento di tali strutture dal Servizio sanitario nazionale, dal punto di vista finanziario, dell'ordinamento e della gestione del personale, pur suggestiva, è stata scartata perchè ritenuta non attuabile al momento. Si è, quindi, optato per una disciplina chiara ed esaustiva del rapporto tra università e Servizio sanitario, che dovrà essere regolato da apposite convenzioni tra le università e le Regioni. In caso di mancata stipulazione, decorsi novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, le convenzioni sono stipulate tra il Ministro della sanità ed il Ministro

dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. In senso analogo si provvede per regolare i rapporti tra Regioni ed università per le strutture clinicizzate a direzione universitaria inserite in aziende ospedaliere autonome. Per quanto attiene poi all'annoso problema del personale di assistenza operante nei policlinici universitari, il comma 8 dell'articolo prevede l'utilizzazione di medici laureati nell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, e di medici specializzandi, mentre in sede di convenzione sono determinati i posti necessari per garantire i livelli di assistenza, e si prevede la possibilità, a tal fine, di integrare le dotazioni organiche delle università. In prima applicazione della legge le università possono coprire i posti di organico di personale tecnico laureato che risultino vuoti, attraverso concorsi nei quali la metà dei posti è riservata a candidati in servizio al 31 ottobre 1989, che abbiano svolto prestazioni professionali di assistenza per almeno 720 ore annue nel quadriennio precedente. Nelle aziende ospedaliere autonome nelle quali vi siano anche strutture clinicizzate a direzione universitaria, è prevista altresì una diversa composizione del consiglio di amministrazione, che vede la presenza di rappresentanti dell'università. Gli istituti zooprofilattici sperimentali sono riordinati con legge regionale e sono dotati di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. È prevista la possibilità di stipulare convenzioni tra le Regioni e gli ospedali militari per regolare i rapporti tra i predetti ospedali e il Servizio sanitario nazionale, mentre l'assistenza sanitaria nelle carceri è assicurata dal Servizio sanitario nazionale, attraverso rapporti convenzionali obbligatori tra la Regione interessata e la direzione dell'istituto penitenziario.

L'articolo 9 detta i criteri in base ai quali le Regioni dovranno riorganizzare i presidi multizonali di prevenzione e i relativi servizi delle aziende di servizi sanitari.

L'articolo 10 riguarda la sperimentazione e concessione di opere e di servizi; nel quadro di una rinnovata autonomia conferita alle Regioni per la gestione del settore,

viene data alle Regioni stesse la possibilità di sperimentare diverse modalità di erogazione delle prestazioni e di gestione dei servizi.

L'articolo 11 tratta delle convenzioni. È stata mantenuta l'impostazione generale del testo pervenuto dalla Camera dei deputati; il limite minimo di domanda che deve essere soddisfatta dalle strutture pubbliche, relativamente alle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, è stato elevato al 75 per cento, mentre è stata riformulata la disciplina delle istituzioni sanitarie private che erogano le predette prestazioni, prescrivendo l'esistenza di un direttore sanitario e di un direttore tecnico. Sempre al fine di rendere coerente il complesso della nuova normativa con il principio dell'autonomia e della responsabilità regionale, è stata prevista, al comma 8 dell'articolo, un'ampia area di competenza della contrattazione decentrata per la stipulazione delle nuove convenzioni.

L'articolo 12 riguarda invece il personale dipendente. L'esame di questa parte del disegno di legge alla Camera dei deputati è stato particolarmente complesso e ne è scaturita una disciplina specifica per il personale del Servizio sanitario, che, nella sua impostazione generale, è stata sostanzialmente mantenuta anche dalla Commissione igiene e sanità del Senato. È stata rifiutata la soluzione della generale privatizzazione del rapporto di lavoro del personale, ma esigenze di tutela della flessibilità della disciplina del rapporto di lavoro hanno indotto ad attribuire alla contrattazione un'ampia area di competenza. Il comma 6 stabilisce che in sede di accordi nazionali siano fissati i livelli di contrattazione decentrata, alla quale sono comunque riservati la disciplina e l'attuazione degli incentivi, la formazione e l'aggiornamento, la mobilità infraregionale, i carichi di lavoro e l'orario di lavoro nei limiti del supero dell'orario contrattuale. È prevista l'emanazione di un decreto legislativo da parte del Governo che dovrà dettare i principi per la regolamentazione dei servizi, la strutturazione e le attribuzioni della dirigenza, il reclutamento e l'aggiornamen-

to professionale del personale, la sospensione e l'interruzione del rapporto di lavoro. Con riguardo in particolare alla dirigenza, l'articolo 12 prevede che essa sia articolata per aree funzionali e che si abbiano due livelli dirigenziali: al primo di essi si accede mediante concorso pubblico riservato a laureati che abbiano svolto presso strutture pubbliche o private per almeno cinque anni attività lavorativa o di tirocinio corrispondenti alle funzioni messe a concorso. Al secondo livello può accedere il personale appartenente da almeno cinque anni al primo livello, che abbia superato un nuovo esame di idoneità nazionale all'esercizio di funzioni di direzione. L'attribuzione delle funzioni dirigenziali è effettuata, previo specifico avviso pubblico, dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale e previo parere di un'apposita commissione di tre esperti; l'incarico per i dirigenti di secondo livello ha durata quinquennale ed al termine di tale periodo si svolge una verifica, ai fini di un eventuale rinnovo dell'incarico. Tale normativa specifica sulla dirigenza pone l'accento da un lato sulla tutela della professionalità e dall'altro sull'esaltazione della responsabilizzazione del personale apicale, al fine di ottimizzare la qualità del servizio erogato. Il comma 3 dell'articolo contiene una disciplina specifica delle incompatibilità, sulla quale si è registrato un amplissimo consenso in Commissione. La Commissione ha comunque deciso di non alterare nei suoi punti fondamentali la disciplina relativa al personale essendosi registrato su di essa un momento di accordo presso l'altro ramo del Parlamento, anche sulla base degli orientamenti del personale addetto. Tale disciplina, ampliando notevolmente l'area demandata alla contrattazione, viene incontro alle esigenze più volte manifestate dai sindacati. Ove poi, in sede di revisione generale dell'ordinamento dell'impiego pubblico, si arrivasse alla definizione di un sistema radicalmente diverso e completamente privatistico, sarebbe logico che esso fosse esteso anche al settore sanitario.

L'articolo 13 riguarda il regime dei controlli; gli atti del consiglio di ammini-

strazione sono sottoposti al controllo della giunta regionale o delle province autonome; analogo procedimento è adottato per gli atti del direttore generale concernenti la consistenza qualitativa e quantitativa del personale, e la deliberazione di programmi di spese pluriennali. Tutti gli atti del direttore generale sono esecutivi e vanno trasmessi in elenco al collegio dei revisori che può chiederne il riesame, entro cinque giorni dal ricevimento. Gli atti sottoposti alla approvazione della giunta regionale o provinciale diventano esecutivi senza ulteriore riscontro e comunque trascorsi venti giorni dalla ricezione. Allo scopo di razionalizzare e moralizzare la gestione sono previsti lo scioglimento del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori, la revoca del direttore generale e la nomina di un commissario qualora ricorrano gravi motivi o la gestione di un'azienda di servizi sanitari o di un'azienda ospedaliera presenti una situazione di grave disavanzo per due esercizi consecutivi. Il comma 9 dell'articolo istituisce nell'ambito del Servizio sanitario un sistema di verifiche a livello nazionale basato su indicatori di risultato e di qualità delle prestazioni; è prevista a tal fine l'emanazione di un apposito atto di indirizzo e coordinamento.

L'articolo 14 concerne la gestione del patrimonio, e non contiene modifiche significative rispetto a quanto approvato dalla Camera dei deputati.

L'articolo 15 tratta della partecipazione e dei diritti dei cittadini: rispetto al testo proveniente dalla Camera è stata introdotta una significativa modifica riguardante l'obbligo per il Servizio sanitario di adottare il sistema della prenotazione oraria ed il controllo delle liste d'attesa; si tratta di una questione giustamente sentita dall'opinione pubblica, alla quale si è cercato di dare risposta prescrivendo il massimo di trasparenza nella gestione delle prestazioni sanitarie.

L'articolo 16 istituisce le federazioni regionali e le sezioni degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie; a tale scopo è conferita un'apposita delega al Governo, che dovrà armonizzare la durata

degli organi di tali nuove articolazioni con quella delle istanze nazionali e provinciali degli ordini e dei collegi.

L'articolo 17 riguarda la riforma del Ministero della sanità da attuarsi con uno o più decreti legislativi. Tale riforma costituisce un elemento indispensabile del riordino del Servizio sanitario; al fine di garantire l'esercizio dei compiti di indirizzo e coordinamento ormai propri del Ministero, si adotta il modello dipartimentale. Il Governo è altresì delegato a rideterminare le dotazioni organiche di posti dirigenziali del Ministero della sanità, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro. Entrambi gli istituti superiori sono autorizzati anche a ricevere contributi privati per portare avanti programmi di ricerca e contributi straordinari per lo svolgimento dei loro compiti istituzionali, alla cui promozione il soggetto erogante sia interessato per motivi non di lucro.

L'articolo 18 reca norme per il finanziamento dei progetti-obiettivo e delle azioni programmate facenti parte del Piano sanitario nazionale.

L'articolo 19 prescrive che l'applicazione della legge avvenga nell'ambito dei principi della legge 8 giugno 1990, n. 142, sull'ordinamento delle autonomie locali.

L'articolo 20 prevede la nomina di un commissario straordinario da parte del Ministero della sanità, in caso di inerzia da parte delle Regioni nell'adozione dei provvedimenti di loro competenza concernenti la trasformazione delle aziende di servizi sanitari, la costituzione delle aziende ospedaliere e la riorganizzazione dei servizi di prevenzione. Tale disposizione si è resa particolarmente necessaria a causa della riconosciuta responsabilità di alcune Regioni nel mancato decollo del Servizio nazionale, non avendo esse provveduto nei tempi previsti ad assumere le decisioni di loro competenza.

L'articolo 21 contiene norme transitorie e finali; esse riguardano essenzialmente la possibilità di coprire i posti vacanti nelle piante organiche del Ministero della sanità con procedure speciali. Si è ritenuto prefe-

ribile inserire le altre norme sulla delicata fase di passaggio dalla normativa vigente a quella nuova nel provvedimento di urgenza sulla gestione delle unità sanitarie locali, essendo le stesse in una situazione particolare fin dalla scadenza dei loro organi conseguente alle elezioni amministrative della primavera scorsa.

L'articolo 22, infine, abroga, a far tempo dall'entrata in vigore dei provvedimenti attuativi delle nuove aziende di servizi sanitari sostitutive delle USL, tutte le disposizioni non compatibili con la nuova legge.

La Commissione ha in definitiva ritenuto di proporre all'Assemblea un testo che,

riconfermando le scelte fondamentali operate in sede di esame presso la Camera dei deputati e restando nel solco della opzione di fondo della riforma del 1978 relativa alla istituzione del Servizio sanitario nazionale, adattasse il servizio alle compatibilità finanziarie attuali del paese ed alla generale evoluzione dei servizi pubblici. Nel rispetto di tali scelte di fondo, nel corso dell'esame in Assemblea sarà certamente possibile apportare tutti gli ulteriori chiarimenti ed avanzare tutte le proposte che si riterranno opportune.

ZITO, relatore

PARERE DELLA 1ª COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

(Estensore: GUZZETTI)

**sui disegni di legge nn. 233, 1020, 1679, 1879 e 2375
e sul relativo progetto di testo unificato**

6 marzo 1991

La Commissione, considerato che il progetto di legge approvato dalla Camera dei deputati veniva profondamente modificato dalla Commissione sanità, ha atteso di esprimere il proprio parere a conclusione della fase referente, nel convincimento che diversamente il parere medesimo si sarebbe rivelato scarsamente utile ai fini del prosieguo dei lavori. Il progetto unificato, approvato dalla Commissione sanità, modifica la legge di riforma sanitaria, la cui attuazione ha peraltro evidenziato insufficienze e difficoltà che ne richiedevano la revisione, rinviata per anni da dissensi sulla sua opportunità.

L'attuazione della legge n. 833 del 1978 ha evidenziato in particolare i seguenti aspetti negativi:

la spesa sanitaria, in questi anni fuori da ogni controllo e scarsamente produttiva, è stata costantemente sottostimata da parte del Governo;

in alcune regioni sono state rilevate gravi deficienze, a proposito del funzionamento del Servizio sanitario.

La Commissione ritiene altresì di dovere esprimere un fermo dissenso nei confronti della indiscriminata polemica contro gli amministratori delle USL e nei confronti delle accuse ripetutamente espresse dallo stesso Ministro della sanità con particolare vivacità: le scorrettezze, gli errori, gli sperperi, i reati commessi dagli amministratori delle USL dovevano e devono essere denunciati e colpiti, identificando queste responsabilità personali, individuali e collettive, senza coinvolgere in generali e generiche denunce tutti gli amministratori

e colpire soprattutto coloro che hanno operato con onestà e con impegno.

La Commissione esprime comunque parere favorevole sul testo unificato approvato dalla 12ª Commissione permanente, con le seguenti osservazioni.

1) Rapporti Stato, regioni, enti locali

A) In via generale, si segnala che il testo in esame assimila le regioni a statuto speciale e le province autonome a quelle a statuto ordinario. Occorre invece ricordare che, tra le regioni a statuto speciale, il Trentino Alto-Adige ha competenza esclusiva in materia di ordinamento degli enti sanitari e che pertanto situazioni diverse non possono essere regolate in modo uniforme.

Il testo unificato conferma la scelta della regionalizzazione della sanità, sia mediante l'istituzione del fondo sanitario interregionale (articolo 1), sia con l'attribuzione alle regioni delle funzioni legislative ed amministrative in materia sanitaria non espressamente riservate allo Stato (articolo 4).

Questa scelta coerente con l'articolo 117 della Costituzione è peraltro fortemente limitata e condizionata dalle norme del disegno di legge in esame che indicano in modo analitico come le funzioni attribuite alle regioni debbono essere da queste esercitate. Gli articoli 5, 6 e 7 vincolano l'attività legislativa ed amministrativa delle regioni, rendendola, di fatto, attuativa ed esecutiva delle scelte del legislatore nazionale e vanificando la natura di legge-quadro del provvedimento in esame. Sono significativi al riguardo i vincoli posti dalla legge

nella determinazione degli ambiti territoriali delle aziende di servizi sanitari, nella definizione (composizione e numero) dei consigli di amministrazione e nella modalità di elezione dei componenti.

La Commissione ritiene che si debba emendare il testo riconoscendo, sulla base dei principi, dei criteri generali e degli obiettivi fissati dalla legge, una più ampia autonomia delle regioni nell'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative di loro esclusiva competenza.

L'autonomia regionale risulta inoltre compressa e limitata dai poteri di indirizzo e di coordinamento che più articoli attribuiscono al Ministero - addirittura l'articolo 7, comma 9, prevede un «atto di indirizzo e coordinamento», senza indicare il soggetto che dovrà emanare questo atto - in materie di competenza regionale; questi penetranti compiti di indirizzo e di coordinamento determineranno conflitti, incertezze e confusioni e quindi deresponsabilizzazione a livello regionale e locale. Occorrerebbe comunque precisare che tali poteri di indirizzo e coordinamento andranno comunque esercitati ai sensi della legge n. 400 del 1988.

B) Il testo è carente nel definire le competenze degli enti locali ed in particolare nel definire le funzioni attribuite, dalla riforma, alle regioni e quelle proprie di comuni e province recentemente stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142. La generica formulazione dell'articolo 19 - di mero rinvio alle disposizioni contenute nella citata legge n. 142 - non assolve alla necessità di coordinare le competenze regionali con quelle degli enti locali. Occorrerebbe invece definire i rapporti in materia di servizi sociali e di sanità tra regioni, comuni e province, fissando i principi per la legislazione regionale. Il comune ha infatti competenze primarie per i servizi alla persona, competenze che vanno ribadite e salvaguardate in questa legge.

Anche l'attribuzione di competenze amministrative alle città metropolitane (articolo 4) è una norma estemporanea ed intro-

duce una eccezione non condivisibile. La città metropolitana è un ente locale, pur con competenze e funzioni particolari, e pertanto solo dopo la sua istituzione e la definizione delle sue competenze si potrà stabilire se avrà una qualche funzione in materia sanitaria. Si propone pertanto la soppressione della delega obbligatoria.

C) L'articolato ignora totalmente le funzioni in materia di servizi sociali attribuite ai comuni e le necessarie ed inevitabili integrazioni tra sanità e servizi sociali. Questa carenza è ancora più grave se si tiene presente che più regioni hanno già realizzato questa integrazione nella loro legislazione.

La mancanza di norme in materia sarà causa di contenzioso e di confusione soprattutto per la gestione del fondo sanitario e di imputazioni di responsabilità agli amministratori; le conseguenze negative della mancata definizione legislativa della materia sarà pagata dal cittadino destinatario di prestazioni sanitarie ed assistenziali.

Nel testo occorrerebbe altresì prevedere le modalità ed i contenuti di forme coordinate di gestione delle rispettive competenze di regioni ed enti locali in materia sanitaria ed assistenziale.

D) Sono rilevabili incongruità nel regime dei controlli sugli atti del consiglio di amministrazione e del direttore generale, incongruità in contrasto con i principi definiti in questa materia dalla legge n. 142 del 1990.

E) Sarebbe inoltre opportuno raccordare strettamente i servizi sociali con il territorio, raccomandando in particolare alla Commissione di merito di esaminare l'opportunità di mantenere il testo della Camera dei deputati per quanto concerne la funzione degli assistenti sociali (comma 4 dell'articolo 5 del testo trasmesso dalla Camera, corrispondente all'articolo 6 del testo unificato).

2) Fondo sanitario interregionale

La determinazione del Fondo sanitario interregionale, prevista dall'articolo 1, non dà garanzia certa alle regioni di una corretta determinazione quantitativa del Fondo stesso e le espone, in caso di conflitto con il Governo, alle decisioni finali di questo. Il testo in esame responsabilizza inoltre le regioni per lo sfondamento della spesa sanitaria oltre le quote loro attribuite dal Fondo, la cui sottostima avrebbe gravi conseguenze sulle risorse di esse. Sarebbe pertanto opportuno che la ripartizione del Fondo alle regioni avvenisse «d'intesa» e non «sentita» la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

3) Aziende di servizi sanitari

La formulazione dell'articolo 5 non precisa la natura e le funzioni delle aziende, cui occorrerebbe invece esplicitamente conferire la veste di aziende speciali regionali, il cui controllo spetterebbe alle regioni, anche per quanto concerne gli organi.

4) Nomina del direttore generale

Ferma restando l'attribuzione del potere di scelta del consiglio di amministrazione, occorre attribuire all'autorità regionale un ruolo di solo controllo di legittimità sull'atto, tenuto conto che i consigli d'amministrazione sono vincolati a scegliere il direttore generale tra gli iscritti all'albo nazionale.

5) Scuola superiore della Pubblica amministrazione

Concordando con le esigenze di affidare alla Scuola la gestione dei corsi di formazione per i quadri dirigenti dell'amministrazione sanitaria, si sottolinea l'opportunità di una migliore formulazione normativa del testo unificato (articolo 5, comma 5), e si

ribadisce l'esigenza di procedere al riordino della Scuola mediante una delega al Governo per l'emanazione di un decreto legislativo.

6) Strutture ospedaliere universitarie

L'articolo 7, comma 1, potrebbe rivelarsi discriminatorio nei confronti di quelle strutture ospedaliere universitarie che si collocano al di sotto della soglia ivi stabilita. Sarebbe invece opportuno pervenire ad un trattamento più omogeneo, anche al fine di dare attuazione alle norme della legge n. 595 del 1985, che prevedono che i reparti di alta specializzazione vengano allocati prioritariamente presso le facoltà di medicina.

Il comma 9 di tale articolo, invece, non specifica a chi spetti l'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento ivi previsto, salvo un improprio riferimento, contenuto al comma 11, alla competenza del Ministro della sanità. L'atto in questione non può invece essere adottato che con legge, ovvero, in via subordinata, a seguito di una deliberazione del Consiglio dei ministri.

7) Istituti scientifici di ricovero e cura

L'articolo 8, comma 3, che attribuisce al Ministro della sanità la competenza a fissare con proprio decreto i requisiti e le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale degli istituti di ricovero e cura, non prevede il necessario concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica.

La disposizione di cui al successivo comma 9 costituisce una sanatoria non accettabile.

Dubbi ingenera poi il comma 10 che, per quanto concerne la composizione dei consigli di amministrazione degli ospedali costituiti in aziende ospedaliere autonome a seguito della presenza di strutture clinicizzate, prevede una immotivata esclusione dei medici docenti universitari. Analoghe perplessità suscita poi lo stesso comma 10

in ordine alla nomina del direttore generale, con specifico riferimento al parere del rettore dell'università, che dovrebbe avere valore più incisivo, o quanto meno caratteri di proposta;

8) *Personale dipendente*

Forti perplessità ingenera l'articolo 12.

Il comma 1 di tale articolo prevede infatti che il rapporto di lavoro sia regolato da accordi sindacali, in deroga pertanto alle disposizioni contenute nella legge-quadro sul pubblico impiego. La Commissione esprime generali perplessità in merito al recente indirizzo a favore della privatizzazione del rapporto di lavoro nei pubblici servizi, tanto più nel delicato settore sanitario. La privatizzazione del rapporto di lavoro andrebbe invece affrontata nell'ambito di una disciplina generale e organica di revisione della legge-quadro sul pubblico impiego.

In ordine all'esercizio dell'attività libero-professionale, prevista dal comma 3 di tale articolo, si configura poi una situazione di disparità di trattamento, a causa della mancata previsione, tra i soggetti per i quali tale attività è ritenuta compatibile, degli psicologi e psicoterapeuti non laureati in medicina.

9) *Gestione del patrimonio*

I beni immobili utilizzati dalle USL, essendo esse sprovviste di personalità giuridica, sono intestati ai comuni. Tali beni potranno pertanto essere trasferiti alle aziende speciali, a condizione che ad esse vengano trasferiti anche i mutui immobiliari, e le relative rate di ammortamento, eventualmente contratte dai comuni medesimi.

Occorre infine tenere conto della effettiva destinazione ricevuta da questi beni, onde evitare un automatico e generalizzato trasferimento di essi.

10) *Riordino del Ministero della sanità*

L'articolo 17, nella parte in cui prevede una delega al Governo per l'emanazione di decreti legislativi relativi al riordino del Ministero della sanità, si presta a censure di incostituzionalità, in quanto, pur indicando le materie della delega, non ne indica i criteri direttivi;

11) *Personale del Ministero della sanità*

Dubbi ingenerano altresì i commi 3 e 4 dell'articolo 17.

Riguardo al primo, che istituisce in favore del personale del Ministero della sanità un fondo di incentivazione, si sottolinea l'esigenza di non introdurre discipline difformi da quelle aventi riguardo al personale di altri Ministeri.

Il comma 4 autorizza invece il Ministero della sanità a procedere al comando di dipendenti del Servizio sanitario nazionale per coprire le vacanze nei ruoli del Ministero stesso e si presta dunque ad evidenti censure, essendo comunque preferibile il ricorso all'assunzione previo concorso.

12) *Abrogazione di norme*

È indispensabile prevedere una precisa disposizione contenente l'espressa indicazione delle norme che si intendono abrogare, al fine di evitare sovrapposizioni, conflitti e confusione di interpretazione. Data l'ampiezza della materia, si suggerisce comunque di integrare tale norma con una autorizzazione al Governo ad emanare un testo unico.

PARERE DELLA 7ª COMMISSIONE PERMANENTE

(ISTRUZIONE PUBBLICA, BENI CULTURALI, RICERCA SCIENTIFICA,
SPETTACOLO E SPORT)

(Estensore: BOMPIANI)

sui disegni di legge nn. 233, 1879 e 2375

31 ottobre 1990

La Commissione ha esaminato i disegni di legge ed in particolare il disegno di legge n. 2375 in un'ampio dibattito nel corso del quale sono state evidenziate le difficoltà che il problema dei rapporti tra le università e il sistema sanitario - ed in particolare quello della gestione dei policlinici universitari - presenta, difficoltà che numerosi disegni di legge proposti nell'arco di alcuni anni, non sono riusciti ancora a risolvere. La complessità dei problemi non può non richiedere un accorpamento di tutti gli aspetti del rapporto tra università e sistema sanitario in un articolo *ad hoc*. L'assenza di tale accorpamento ma - al contrario - l'episodicità degli interventi proposti dal disegno di legge n. 2375 renderebbe profondamente insoddisfacenti le soluzioni avanzate nel citato disegno.

Nel corso della discussione, i Gruppi comunista e della Sinistra indipendente hanno ritenuto inadeguato, in particolare, il fatto che la soluzione dei suddetti problemi sia affidata - come nei commi 3 e 4 dell'articolo 8 del disegno di legge n. 2375 - a convenzioni, in merito alle quali non viene fissato alcun criterio direttivo e sulle quali nè gli organi rappresentativi delle università nè il Parlamento sono chiamati ad intervenire. Hanno rilevato inoltre che l'articolo 8 citato è incompatibile - per quanto riguarda i rapporti con l'università - con l'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 e con la

legge n. 245 del 1990 sulla programmazione universitaria, in ordine alla ripartizione nazionale delle risorse umane e finanziarie. Hanno osservato ancora che altri articoli del disegno di legge, ed in particolare l'articolo 10 sulla sperimentazione, aprono varchi all'incremento incontrollato del personale, al di fuori di criteri oggettivi di pianificazione e di selezione.

La Commissione pertanto, tenuto conto delle varie osservazioni formulate e dell'urgenza di definire l'assetto delle facoltà di medicina per i riflessi immediati provocati dal nuovo ordinamento del Servizio sanitario nazionale, esprime parere favorevole, sul disegno di legge n. 2375, condizionato all'accoglimento delle modifiche indicate di seguito.

Considerato il rilievo che, per un ordinato svolgimento dell'attività universitaria, assumono le disposizioni contenute nei commi 3, 4, 5 e 8 dell'articolo 8, si propone, ai fini di una più puntuale disciplina dei rapporti tra università e regioni in ordine all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, di regolamentare separatamente tali aspetti, all'uopo prevedendo l'inserimento di un'apposito articolo aggiuntivo dedicato ai policlinici e agli ospedali clinicizzati, nel seguente testo:

«Articolo 8-bis.

(*Policlinici ed ospedali policlinici*)

1. In attesa della legge di riassetto delle strutture delle facoltà di medicina, le uni-

versità e le Regioni emanano, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, nell'ambito delle rispettive competenze, le disposizioni di cui ai successivi commi.

2. Le cliniche e i policlinici gestiti direttamente dalle università - denominati Policlinici universitari - sono configurate, ai fini dello svolgimento delle attività assistenziali, come aziende autonome ai sensi dell'articolo 6. Lo statuto dell'università detta le disposizioni per la costituzione dei relativi organi e per l'organizzazione delle strutture, secondo criteri definiti con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, adottato di concerto con il Ministro della sanità entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Tali criteri debbono consentire una organizzazione funzionale delle strutture, idonea al perseguimento in forma integrata degli obiettivi di didattica, ricerca e assistenza nel rispetto dei principi dell'autonomia universitaria. Le modalità per la gestione autonoma, amministrativa e contabile, sono fissate nel regolamento di ateneo, di cui all'articolo 7 della legge 9 maggio 1989, n. 168, secondo i principi ivi previsti, comunque assicurando una gestione distinta nell'ambito dell'ateneo per le risorse di cui al comma 5.

3. Gli ospedali di cui almeno la metà delle strutture è costituito da strutture clinicizzate a direzione universitaria sono denominati ospedali policlinici e sono costituiti in aziende ospedaliere autonome, ai sensi dell'articolo 6. Il numero dei componenti universitari del consiglio d'amministrazione è proporzionato al numero delle strutture clinicizzate. L'organizzazione dell'azienda deve comunque tenere conto delle esigenze didattiche e di ricerca proprie della facoltà di medicina e si conforma ai criteri previsti nel decreto di cui al comma 2. Il direttore sanitario, il direttore generale e il direttore amministrativo sono nominati dalle Regioni di concerto con l'università.

4. I rapporti tra le università e le Regioni per quanto concerne l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del Servizio sanitario nazionale sono regolati

da apposite convenzioni stipulate dal rettore e dal Presidente della Regione in conformità a schemi tipo adottati con decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica nel rispetto di quanto previsto dal comma 2. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, con l'assistenza delle Regioni o province autonome e delle università interessate. Per le università che gestiscono direttamente cliniche e policlinici, il rettore si avvale, in prima applicazione della presente legge e fino all'adozione del decreto di cui al comma 2, anche della delegazione tecnica di cui all'articolo 18 della legge 9 dicembre 1985, n. 705.

5. Il Servizio sanitario nazionale assicura ai policlinici universitari a gestione diretta, per quanto concerne l'assistenza sanitaria, l'equivalente finanziario di tutte le spese di gestione di un ospedale di alta specializzazione di pari livello assistenziale e tecnologico, sulla base, per quanto concerne il personale, degli *standard* di cui al decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, e dei criteri adottati in ambito regionale o provinciale per il finanziamento delle attività ospedaliere, per quanto concerne le restanti spese di funzionamento.

6. Si estendono ai policlinici, alle cliniche e agli istituti di ricovero e cura gestiti direttamente dalle università e alle divisioni e servizi ospedalieri a direzione universitaria le norme concernenti l'istituzione di camere a pagamento e l'esercizio della libera professione intramuraria di cui all'articolo 16, comma 3, e le norme riguardanti l'istituzione di organismi collegiali previsti dalle presente legge.

7. Negli organismi collegiali professionali degli ospedali policlinici di cui al comma 3 e degli ospedali con divisioni e servizi a direzione universitaria, va assicurata una proporzionale presenza di personale docente universitario. Nei policlinici universitari sono costituiti analoghi organismi collegiali professionali».

Vanno conseguentemente eliminate dal testo del disegno di legge n. 2375 tutti i riferimenti ai policlinici universitari e agli ospedali clinicizzati e al relativo personale.

Dovrebbero prevedersi infine nello stesso provvedimento, norme di delega al Governo per l'assetto definitivo del Fondo sanitario nazionale, per la definizione della quota destinata ai policlinici e agli ospedali policlinici, delle piante organiche del personale e del reclutamento e per l'inserimento degli specializzandi nelle strutture sanitarie. Il decreto legislativo dovrebbe essere adottato comunque previo parere

espresso dalle competenti Commissioni parlamentari.

Infine, vanno ricordate le perplessità espresse dai Gruppi comunista e della Sinistra indipendente in relazione a un emendamento sostitutivo dell'articolo 8 presentato dal Ministro della sanità, in merito al quale il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ha dichiarato che non era stata ancora completata la procedura del concerto.

La Commissione infine chiede che il presente parere sia allegato alla relazione che accompagnerà il disegno di legge n. 2375 nella discussione in Assemblea.

**PARERE DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI**

(Estensore: CASTAGNETTI)

sui disegni di legge nn. 1679, 1879 e 2375

10 ottobre 1990

La Commissione parlamentare per le questioni regionali, all'unanimità, ritiene condivisibili gli obiettivi indicati nel testo del disegno di legge atto Senato n. 2375.

Ritiene altresì che, anche alla luce della valutazione dell'esperienza realizzata dal vigente ordinamento sanitario, oltre che del dibattito sviluppatosi alla Camera in sede di prima lettura del provvedimento, debba essere condivisa la scelta di una chiara responsabilizzazione delle Regioni nella direzione del sistema sanitario, poichè si pone a loro carico la responsabilità finanziaria del sistema stesso.

In questo spirito la Commissione auspica modificazioni al testo del disegno di legge, volte a renderlo coerente con la suddetta scelta e, quindi, a definire i contenuti delle competenze e delle responsabilità delle Regioni:

a) nella gestione del Fondo sanitario interregionale, che potrebbe essere istituzionalizzato, come era previsto nel disegno di legge atto Camera n. 1942 (articolo 1);

b) nella delimitazione degli ambiti territoriali delle USL, individuati autonomamente dalle Regioni - nei tempi dalle stesse ritenuti appropriati - sulla base di documentati criteri di economicità ed efficienza;

c) nella indicazione delle prerogative dei consigli di amministrazione, in particolare nella nomina e nella attribuzione delle competenze alla struttura gestionale (direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario) delle aziende sanitarie (USL e ospedali) (articolo 4);

d) nella attuazione di sperimentazioni organizzative e gestionali finalizzate a migliorare la qualità e la economicità del servizio (articolo 10);

e) nella definizione delle forme di cooperazione con il sistema delle autonomie locali, in armonia con le competenze allo stesso attribuite in materia della legge n. 142 del 1990;

f) in un più completa e realistica normazione dei tempi, delle responsabilità e degli strumenti relativi alla transizione tra l'attuale e il nuovo ordinamento.

La Commissione propone, da ultimo, la riduzione al numero minimo indispensabile degli «atti di indirizzo e coordinamento» del Governo, in modo da non mortificare le prerogative costituzionali delle Regioni nel settore.

La Commissione esprime nulla osta all'ulteriore *iter* delle proposte di legge abbinata nn. 1679 e 1879, nei limiti delle considerazioni sopra formulate con riferimento al disegno di legge n. 2375.

DISEGNO DI LEGGE N. 2375

APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

Art. 1.

(Fondo sanitario interregionale)

1. È istituito il fondo sanitario interregionale. Esso è alimentato, per la parte corrente, dal gettito dei contributi di malattia al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate, da stanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato determinati dalla legge finanziaria e da ogni altra entrata ad esso destinata. Per la quota in conto capitale il fondo è alimentato da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 1.

(Fondo sanitario interregionale)

1. È istituito il Fondo sanitario interregionale. Esso, fintantochè non sarà stabilita con legge la completa fiscalizzazione degli oneri sociali, è alimentato per la parte corrente dal gettito dei contributi di malattia al lordo delle quote eventualmente fiscalizzate, da stanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato, nonché da ogni altra entrata ad esso destinata. L'entità del Fondo sanitario interregionale è determinata in base alle prestazioni sanitarie da erogare in condizioni di uniformità e di uguaglianza su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni, e in conformità agli adempimenti previsti dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595. Per la quota in conto capitale il Fondo sanitario interregionale è alimentato da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato, determinati dalla legge finanziaria.

2. Al fine di stabilire la spesa necessaria per le prestazioni sanitarie di cui al comma 1, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, di seguito denominata «Conferenza», procede, entro il 31 luglio 1991 e per un triennio, alla verifica dell'andamento della stessa. A tal fine nell'ambito della Conferenza è costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una apposita Commissione presieduta dal presi-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

2. Il fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge di bilancio e del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata Conferenza, e tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale con particolare riferimento al riequilibrio territoriale. La ripartizione del fondo sanitario interregionale è effettuata su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza, sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

- a) struttura della popolazione per classi di età, sesso, densità;
- b) indicatori epidemiologici di bisogno sanitario;
- c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, su contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

dente della Conferenza e composta dai Ministri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze e del lavoro e della previdenza sociale, nonché da sei presidenti di regione o di provincia autonoma designati dalla Conferenza stessa. Qualora da detta verifica dovessero risultare, rispetto all'entità del Fondo sanitario interregionale stabilita ai sensi del comma 1, disequilibri determinati da fattori obiettivi indipendenti dalla gestione del servizio, il Governo provvede alla loro eliminazione o con apposito provvedimento legislativo o in sede di legge finanziaria o di provvedimenti alla stessa collegati per il triennio successivo.

3. Il Fondo sanitario interregionale è ripartito entro il 10 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza e tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale con particolare riferimento al riequilibrio territoriale. La ripartizione del Fondo sanitario interregionale è effettuata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, preordinati al progressivo conseguimento di livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi:

- a) popolazione residente;
- b) indicatori di bisogno sanitario tenuto conto dei dati epidemiologici, di natalità, di invecchiamento e di frazionamento sul territorio della popolazione;
- c) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, su contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle aziende di servizi sanitari

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

attraverso le regioni e le province autonome;

d) *standards* nazionali di organizzazione e di attività, secondo le indicazioni di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da ultimo modificato dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

e) reddito medio regionale;

f) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

3. In sede di ripartizione del fondo sanitario interregionale sono enucleati i finanziamenti destinati ad istituti di rilievo nazionale o riferiti a iniziative centrali previste da leggi nazionali o riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale, da trasferire, con decreti del Ministro del tesoro, allo stato di previsione del Ministero della sanità; una quota di fondo non superiore al 5 per cento è riservata a fabbisogni particolari e imprevisti ed è ripartita tra le regioni, anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

4. Le quote del Fondo sanitario interregionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

attraverso le regioni e le province autonome;

soppressa

d) *identica*;

e) *identica*.

4. In sede di prima ripartizione del Fondo sanitario interregionale sono enucleati i finanziamenti destinati ad attività di ricerca biomedica finalizzata, alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, riconosciuti come tali dalla normativa vigente in materia, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, nonché ad iniziative previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale. Tali finanziamenti sono da trasferire in via definitiva allo stato di previsione del Ministero della sanità. Gli anzidetti finanziamenti non possono essere inferiori all'1 per cento del Fondo sanitario interregionale e sono alimentati per gli anni successivi da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato. Una quota di Fondo sanitario interregionale non superiore al 4 per cento è riservata a fabbisogni particolari ed imprevisti ed è ripartita tra le regioni e le province autonome, anche in assenza di eventi particolari, non oltre il 30 settembre di ciascun anno.

5. *Identico*.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

5. Il finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 2. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere sono assegnate in forma indistinta.

6. Le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale in ordine alla ripartizione del fondo sono esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400. Restano ferme le altre attribuzioni del Consiglio sanitario nazionale, la cui composizione è integrata:

a) da due rappresentanti designati, rispettivamente, dal Ministro per il coordinamento della protezione civile e dal Ministro per gli affari sociali, nonchè da un rappresentante del Ministero dell'ambiente e da un rappresentante del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

b) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, da otto medici chirurghi di cui quattro dipendenti e quattro convenzionati e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

c) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei veterinari e da un veterinario dipendente designato dalla Federazione stessa;

d) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti e da un farmacista dipendente designato dalla Federazione stessa;

e) dal presidente dell'Ordine nazionale dei biologi;

f) dal presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi;

g) dal presidente dell'Ordine nazionale dei chimici;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

6. Il finanziamento delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere è effettuato sulla base di criteri ispirati a quelli di cui al comma 3. Fermo restando l'obbligo di perseguire gli obiettivi indicati dalla programmazione regionale, le quote destinate alle aziende di servizi sanitari e alle aziende ospedaliere sono assegnate in forma indistinta.

7. Restano ferme le attribuzioni consultive del Consiglio sanitario nazionale ad eccezione di quelle esercitate dalla Conferenza ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 16 dicembre 1989, n. 418. La composizione del Consiglio sanitario nazionale è integrata:

a) da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento della protezione civile e uno designato dal Ministro per gli affari sociali, nonchè da un rappresentante del Ministero dell'ambiente e da un rappresentante del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

b) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, da quattro medici chirurghi di cui due dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e due convenzionati con lo stesso e da un odontoiatra, designati dalla Federazione stessa;

c) dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei veterinari e da un veterinario dipendente dal Servizio sanitario nazionale designato dalla Federazione stessa;

d) *identica*;

e) *identica*;

f) *identica*;

g) *identica*;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

h) dal presidente dell'Ordine nazionale degli ingegneri;

i) dal presidente della Federazione nazionale dei collegi degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia;

l) da due rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI).

7. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, a norma degli articoli 3 e 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonchè gli eventuali disavanzi nella gestione dei servizi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome, nonchè dagli enti locali limitatamente ai servizi loro assegnati, con utilizzo delle proprie risorse. Il finanziamento da parte delle regioni a statuto ordinario e, per quanto di competenza, da parte degli enti locali degli eventuali disavanzi è subordinato all'attribuzione alle regioni e agli enti locali della potestà impositiva. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono utilizzati dalle stesse per il potenziamento delle strutture, per l'acquisto di attrezzature e per il finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

8. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, sono indicati alle regioni i criteri per l'adozione di norme basate sul principio della responsabilizzazione dei preposti ai centri di spesa delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere rispetto all'utilizzo degli stanziamenti annuali ad essi destinati per gli impegni di lavoro programmati. Sono altresì identificate le tipologie dei centri di spesa comprendendovi comunque le strut-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

h) *identica*;

i) *identica*;

l) da due rappresentanti degli organismi rappresentativi eventualmente costituiti a livello nazionale o regionale dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere.

8. Le maggiori spese di gestione derivanti da prestazioni e servizi eccedenti quelli uniformemente garantiti sul territorio nazionale, ai sensi del comma 1, nonchè gli eventuali disavanzi nella gestione dei servizi sono finanziati dalle regioni e dalle province autonome, nonchè dagli enti locali limitatamente ai servizi loro assegnati, con utilizzo delle proprie risorse. Gli eventuali avanzi di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere sono utilizzati dalle stesse sulla base di programmi deliberati dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale dell'azienda, con particolare riguardo al potenziamento delle strutture, all'acquisto di attrezzature ed al finanziamento di attività connesse ad iniziative nazionali o regionali di ricerca scientifica e tecnologica.

Soppresso

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

ture sanitarie. Inoltre sono fissate le modalità della rendicontazione a cadenza trimestrale ed i criteri per l'allocazione funzionale delle risorse sanitarie e di quelle sociali inerenti ai progetti-obiettivo di cui al piano sanitario nazionale nel bilancio regionale e per la presentazione, in allegato al conto consuntivo, del riepilogo dei bilanci delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

9. È soppresso il fondo sanitario nazionale. Il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, rispettivamente per la parte corrente e per la parte in conto capitale, provvedono alla definizione delle partite sospese. Sul fondo sanitario di cui al comma 1 non possono gravare oneri relativi agli esercizi precedenti a quello di attivazione del fondo stesso.

10. Per l'esercizio 1991 restano in vigore le modalità di riparto del fondo previste dalle norme vigenti antecedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge. Fino all'attribuzione alle regioni a statuto ordinario della potestà impositiva, le regioni e le province autonome possono presentare disavanzi solo se hanno destinato al settore sanitario almeno una somma pari al finanziamento ricevuto ai sensi del comma 4.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

9. È soppresso il Fondo sanitario nazionale. Per l'esercizio 1991 restano in vigore le modalità di riparto del Fondo previste dalle norme vigenti antecedentemente alla data di entrata in vigore della presente legge.

Soppresso (Il primo periodo è collocato, in identica formulazione, quale secondo periodo del comma 9 del presente articolo)

10. Le unità sanitarie locali assumono la denominazione di aziende di servizi sanitari. In tutti gli atti normativi vigenti le parole: «unità sanitaria locale» sono sostituite dalle seguenti: «azienda di servizi sanitari».

Art. 2.

(Misure per il riequilibrio territoriale)

1. Al fine di realizzare il riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie e di contenere la mobilità sanitaria interregionale dipendente da difforme sviluppo quan-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

titativo e qualitativo dei servizi sanitari nelle diverse aree del paese, il Ministro della sanità, sentite le regioni interessate, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la parte concernente le regioni dell'Italia meridionale ed insulare, con il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, predispone, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un piano triennale per le regioni particolarmente svantaggiate. Tale piano è sottoposto all'approvazione del CIPE, che delibera a riguardo entro trenta giorni dalla data di comunicazione del piano stesso. Il CIPE, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, individua le regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente.

2. Il piano prevede azioni di sostegno finalizzate alla realizzazione dell'equilibrio nel rapporto tra le strutture sanitarie pubbliche, quelle private convenzionate e quelle private, nel rispetto degli *standard* di cui alla legge 23 ottobre 1985, n. 595, e al decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, alla organizzazione coordinata sul territorio dei servizi e delle strutture pubbliche di assistenza, ricerca, sperimentazione e controllo, alla formazione e all'aggiornamento professionale ed alle relative attività, da sviluppare anche avvalendosi dell'apporto di soggetti diversi da quelli pubblici, nonché alle possibili integrazioni tra i servizi sanitari ed i servizi socio-assistenziali.

3. Per gli interventi previsti nel piano che richiedono, per la completa attuazione, l'iniziativa integrata e coordinata di amministrazioni statali, regioni, enti locali ed altri soggetti pubblici, compresi quelli di ricerca, sperimentazione e controllo nel

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 2.

*(Delega al Governo
per la disciplina contabile)*

1. L'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dagli articoli 9 e 10 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dal seguente:

«Art. 50. - *(Delega al Governo per la disciplina contabile)* - 1. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, di con-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

settore sanitario, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e, per gli interventi nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare, con il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, promuove, entro novanta giorni dall'approvazione del piano da parte del CIPE, un accordo di programma che attui il coordinamento delle azioni di rispettiva competenza, ne determini i tempi, le modalità ed il finanziamento, stabilendo altresì i destinatari della gestione.

4. Il piano, sentita la Conferenza, viene finanziato con risorse corrispondenti all'entità, riferita all'esercizio precedente, della compensazione per mobilità sanitaria ospedaliera dalle regioni particolarmente svantaggiate verso le altre regioni, fino ad un massimo dell'1 per cento del Fondo sanitario interregionale. Alla copertura di tale finanziamento si provvede con le modalità di cui al comma 1, con prelievi integrativi dalla quota di riserva di cui all'articolo 1, comma 4, nonché con risorse aggiuntive a carico dei Ministeri interessati. Per quanto concerne la realizzazione del piano nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare, si possono utilizzare i fondi di cui alla legge 1° marzo 1986, n. 64, includendosi il settore sanitario tra i campi di applicazione della legge medesima.

Art. 3.

(Norme sull'amministrazione e contabilità)

Soppresso *(Cfr. il comma 3 del presente articolo)*

1. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza, è delegato ad

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

certo con il Ministro del tesoro, è delegato ad adottare un decreto legislativo contenente le norme fondamentali sull'amministrazione, sulla gestione e sulla contabilità delle unità sanitarie locali, coordinandolo con le disposizioni contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335, nel rispetto dei seguenti principi:

a) predisposizione di un bilancio pluriennale di previsione di competenza in armonia con il periodo di validità previsto dalla legge contenente le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 53 della presente legge, come modificato da ultimo dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il bilancio pluriennale di previsione di competenza, che indica gli stanziamenti separatamente per ciascun anno considerato, autorizza gli accertamenti e l'assunzione degli impegni ed è aggiornato in occasione della presentazione del bilancio annuale;

b) classificazione delle voci del bilancio di previsione poliennale organizzate per obiettivi;

c) predisposizione di un bilancio di previsione annuale di cassa nell'ambito del bilancio di previsione triennale di competenza;

d) predisposizione di un conto consuntivo annuale di competenza e di cassa, intendendosi riferiti all'anno, per la competenza, tutti gli accertamenti e gli impegni assunti con riferimento all'anno stesso;

e) organizzazione della parte spesa dei bilanci di previsione triennale ed annuale e del conto consuntivo annuale in tre sezioni: spese correnti di mantenimento, spese in conto capitale, spese per lo sviluppo;

f) tenuta di una specifica contabilità dei costi, ispirata alla responsabilizzazione dei vari centri di spesa delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;

g) gestione dello stanziamento destinato ai programmi e ai progetti individuati nell'ambito della programmazione sanitaria regionale e locale;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

adottare, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo contenente i principi fondamentali per il coordinamento ed il consolidamento dei conti delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera a) del comma 2 del presente articolo)

a) classificazione delle spese nel bilancio di previsione pluriennale e annuale organizzato per obiettivi;

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera b) del comma 2 del presente articolo)

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera c) del comma 2 del presente articolo)

b) organizzazione della parte concernente la spesa dei medesimi bilanci e del conto consuntivo annuale distinguendo le spese correnti di mantenimento, le spese in conto capitale e le spese per lo sviluppo;

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera d) del comma 2 del presente articolo)

soppressa

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

h) invio trimestrale ai Ministeri della sanità e del tesoro delle risultanze finanziarie e del conto economico della gestione che diano conto, rispetto alla previsione di competenza e di cassa dell'anno relativo, dell'ammontare degli accertamenti e degli introiti, degli impegni e dei pagamenti, per il controllo delle variazioni della gestione rispetto alla previsione;

i) predisposizione a livello nazionale di un piano dei conti generale e di un sistema di principi contabili di riferimento ai fini di un'omogenea redazione del conto economico, della contabilità dei costi e del conto consuntivo annuale;

l) predisposizione a livello nazionale di un modello di criteri organizzativi del sistema contabile al fine di garantire l'attendibilità dei dati prodotti dal sistema;

m) divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere del ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo risultante dalla somma delle previsioni di cassa delle sezioni spese correnti di mantenimento e spese per lo sviluppo;

2) la contrazione di mutui per il finanziamento di programmi e progetti previsti nella sezione spese per lo sviluppo fino ad un ammontare complessivo delle relative rate di mutuo per capitale ed interessi non superiore al 20 per cento dello stanziamento iscritto nel bilancio di previsione annuale di cassa nella medesima sezione».

2. Il decreto legislativo di cui all'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è adottato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

soppressa

c) predisposizione a livello nazionale di un piano dei conti generale e di un sistema di principi contabili di riferimento ai fini di una omogenea redazione del conto economico, della contabilità dei costi, dei rendiconti trimestrali e del conto consuntivo annuale.

soppressa

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale lettera e) del comma 2 del presente articolo)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, nell'alinea del comma 1 del presente articolo)

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in diversa formulazione, la lettera a) del capoverso 1 del presente articolo)

(V., in diversa formulazione, la lettera c) del capoverso 1 del presente articolo)

(V., in diversa formulazione, la lettera d) del capoverso 1 del presente articolo)

(V., in diversa formulazione, la lettera f) del capoverso 1 del presente articolo)

(V., in diversa formulazione, la lettera m) del capoverso 1 del presente articolo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui al comma 1, le regioni e le province autonome provvedono con legge a disciplinare l'amministrazione, la gestione e la contabilità delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere in conformità ai seguenti principi:

a) predisposizione di un bilancio pluriennale di previsione di competenza in armonia con il periodo di validità previsto dalla legge contenente le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato da ultimo dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

b) predisposizione di un bilancio di previsione annuale di competenza e di cassa in armonia con le disposizioni contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335;

c) predisposizione di un rendiconto generale annuale comprendente il conto del bilancio, il conto del patrimonio, il conto economico ed una relazione illustrativa dei livelli di efficienza e di efficacia raggiunti sulla base dei risultati conseguiti in rapporto ai programmi ed ai costi sostenuti;

d) tenuta di una specifica contabilità dei costi, ispirata alla responsabilizzazione dei vari centri di spesa delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere;

e) divieto alle aziende di servizi sanitari ed alle aziende ospedaliere del ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito per il finanziamento di programmi e progetti attinenti a finalità di sviluppo fino ad un ammontare complessivo delle relative rate di mutuo,

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Cfr. l'alinea del comma 1 del presente articolo)

(V., in diversa formulazione, il comma 5 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

Art. 3.

(Funzioni regionali)

1. Le regioni e le province autonome determinano, attraverso gli organi statutariamente competenti, gli indirizzi di natura politica e programmatica in materia di tutela della salute, provvedono alla ripartizione e alla erogazione delle risorse finanziarie alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere e forniscono direttive per la impostazione dei bilanci di previsione, esercitano i controlli sugli atti dei

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

per capitale ed interessi, non superiore al 25 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario interregionale di competenza;

f) classificazione delle entrate e delle spese nei documenti di bilancio e disciplina del piano dei conti nel rispetto dei principi di cui al comma 1.

3. È abrogato l'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dagli articoli 9 e 10 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33.

4. A decorrere dall'esercizio finanziario 1991, le somme di cui all'articolo 69, primo comma, lettera b), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono assegnate dalle regioni e dalle province autonome alle aziende di servizi sanitari ed alle aziende ospedaliere e dalle medesime acquisite nei rispettivi bilanci. Parimenti sono acquisite nei bilanci delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere, a decorrere dalla stessa data, le somme di cui al medesimo articolo 69, primo comma, lettere c) ed e), della legge n. 833 del 1978. Le entrate di cui al presente comma sono destinate al finanziamento indistinto delle spese iscritte nei medesimi bilanci.

Art. 4.

(Funzioni regionali)

1. Le regioni e le province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi vigenti, esercitano in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera le funzioni legislative, nonchè le funzioni amministrative non espressamente riservate allo Stato e le funzioni ad esse delegate. Le regioni delegano alle città metropolitane le funzioni amministrative di cui al presente comma, con esclusione degli indirizzi di politica

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

consigli di amministrazione delle anzidette aziende, provvedono al consolidamento dei bilanci e alla gestione unificata del patrimonio immobiliare di cui all'articolo 14. Le regioni possono delegare alle città metropolitane le funzioni di cui al presente comma con esclusione degli indirizzi di natura politica e programmatica, dei controlli e del consolidamento dei bilanci, nel rispetto della organizzazione dei servizi.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia della spesa di cui all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome svolgono nei confronti delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere funzioni di promozione, di indirizzo tecnico, di supporto e di vigilanza sulla gestione. Le regioni e le province autonome notificano al Ministero della sanità l'organizzazione predisposta e i provvedimenti adottati per dare esecuzione alle indicazioni del presente articolo.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

sanitaria, dei controlli e del consolidamento dei bilanci, nel rispetto della organizzazione dei servizi.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia della spesa di cui all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome svolgono nei confronti delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere funzioni di promozione, di indirizzo tecnico, di supporto e di vigilanza sulla gestione, istituendo l'osservatorio della spesa sanitaria con il compito di raccogliere dalle singole aziende tutte le informazioni necessarie per il controllo della spesa stessa, informando i consigli di amministrazione sul suo andamento. L'osservatorio ha anche il compito di verificare l'applicazione della normativa relativa al trattamento economico del personale. Le regioni e le province autonome comunicano al Ministero della sanità i provvedimenti adottati in attuazione di quanto disposto dal presente articolo e coordinano l'attività di controllo della spesa con quella del servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero stesso.

3. Nell'esercizio delle funzioni previste dalla presente legge, le regioni e le province autonome, nel rispetto del ruolo riconosciuto alle autonomie locali, promuovono il concorso dei comuni, delle comunità montane e delle province nella definizione dei programmi pluriennali e annuali e nella verifica dello stato dei servizi e dei bisogni dell'utenza.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 4.

(Unità sanitarie locali)

1. Le regioni e le province autonome disciplinano con propria legge, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le province interessate, le città metropolitane, i comuni e le comunità montane:

a) la riorganizzazione e la fusione delle unità sanitarie locali con programmi regionali, salvo quanto disposto dalle successive lettere, con almeno 120.000 abitanti. Le unità sanitarie locali coincidono con il territorio di uno o più comuni o della provincia. Nei comuni con popolazione superiore a 400.000 abitanti l'ambito territoriale di ciascuna unità sanitaria locale è determinato dal comune stesso e non può contenere meno di 200.000 abitanti. La programmazione regionale definisce i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, come previsti dall'articolo 10 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e stabilisce quali comunità montane, il cui territorio è in prevalenza in zona montana, possono essere conservate come unità sanitarie locali autonome, in deroga ai limiti sopra indicati. Le unità sanitarie locali attivano ed organizzano i distretti entro il 30 giugno 1991. Trascorso tale termine si applicano le disposizioni di cui all'articolo 19. In condizioni territoriali particolari, previo parere del Consiglio sanitario nazionale, è consentita la delimitazione dell'unità sanitaria locale secondo ambiti con popolazione inferiore a 120.000 abitanti;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 5.

(Aziende di servizi sanitari)

1. Le regioni e le province autonome disciplinano con legge, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le province interessate, le città metropolitane, i comuni e le comunità montane:

a) la riorganizzazione e la fusione delle aziende di servizi sanitari secondo criteri che prevedono per ciascuna azienda di servizi sanitari un ambito territoriale con una popolazione pari ad almeno 120.000 abitanti. Le aziende di servizi sanitari coincidono con il territorio di uno o più comuni o della provincia. Relativamente al comune di Campione d'Italia, l'ambito territoriale dell'azienda di servizi sanitari coincide con l'ambito comunale. Relativamente alle province il cui ambito territoriale comprende una popolazione inferiore a 120.000 abitanti, l'ambito territoriale dell'azienda di servizi sanitari coincide con l'ambito provinciale. Nei comuni con popolazione superiore a 400.000 abitanti l'ambito territoriale di ciascuna azienda di servizi sanitari è determinato dal comune stesso e non può contenere meno di 200.000 abitanti. La programmazione regionale definisce i criteri per l'articolazione delle aziende di servizi sanitari in distretti, come previsti dall'articolo 10 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e stabilisce quali comunità montane, il cui territorio è in prevalenza in zona montana, possono essere conservate come aziende di servizi sanitari, in deroga ai limiti sopra indicati. In condizioni territoriali particolari ed in relazione alla densità della popolazione, previo parere della Conferenza, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, è consentita la delimitazione dell'azienda di servizi sanitari secondo ambiti con popolazione inferiore a 120.000 abitanti. Le aziende di servizi

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

b) l'attribuzione alle unità sanitarie locali della natura di azienda speciale con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile;

c) la composizione e le attribuzioni degli organi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, costituiti dal consiglio di amministrazione, che elegge al suo interno il presidente, dal direttore generale e dal collegio dei revisori. Le regioni predispongono i relativi schemi di statuto e di regolamento;

d) i criteri per il trasferimento e l'accollo dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle unità sanitarie locali preesistenti che vengono accorpate o nel caso di costituzione delle aziende ospedaliere.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di carattere unitario, di rigore e di efficacia della spesa previste dall'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome adeguano la disciplina legislativa da adottare ai sensi del comma 1 ai seguenti principi:

a) i rapporti attivi e passivi, in caso di accorpamento di unità sanitarie locali o di scorporo di aziende ospedaliere, seguono di norma i servizi cui si riferiscono;

b) il numero dei componenti dei consigli di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è compreso tra un minimo di cinque e un massimo di nove membri in rapporto all'ampiezza e alla rilevanza degli interessi sanitari da rappresentare. Detti componenti durano in carica cinque anni;

c) la nomina del consiglio di amministrazione delle unità sanitarie locali è riservata agli enti locali di riferimento territoriale e avviene con votazione limita-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sanitari attivano ed organizzano i distretti entro centottanta giorni dalla loro costituzione. Trascorso tale termine si applicano le disposizioni di cui all'articolo 20;

b) l'attribuzione alle aziende di servizi sanitari ed alle aziende ospedaliere della natura di azienda speciale con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile;

c) la composizione e le attribuzioni degli organi delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere, costituiti dal consiglio di amministrazione, dal presidente, dal direttore generale e dal collegio dei revisori. Le regioni e le province autonome predispongono i relativi schemi di statuto e di regolamento;

d) i criteri per il trasferimento e l'accollo dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle aziende di servizi sanitari preesistenti che vengono accorpate o nel caso di costituzione delle aziende ospedaliere.

2. Al fine di soddisfare le esigenze di cui all'articolo 4, comma 2, le regioni e le province autonome adeguano la legislazione, di cui al comma 1 del presente articolo, ai seguenti principi:

a) i rapporti attivi e passivi, in caso di accorpamento di aziende di servizi sanitari o di scorporo di aziende ospedaliere, seguono di norma i servizi cui si riferiscono;

b) il numero dei componenti dei consigli di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere è compreso tra un minimo di cinque e un massimo di nove, in rapporto all'ampiezza e alla rilevanza degli interessi sanitari da rappresentare. Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni;

c) la nomina del consiglio di amministrazione delle aziende di servizi sanitari è riservata agli enti locali di riferimento territoriale ed avviene con votazione limita-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

ta; per le aziende ospedaliere, al consiglio regionale in concorso con l'ente locale ove ha sede l'azienda ospedaliera. L'assemblea dei comuni opera unicamente come collegio elettorale dei componenti del consiglio di amministrazione. I componenti dei consigli di amministrazione sono scelti tra i consiglieri circoscrizionali, comunali o provinciali degli enti o degli organismi di riferimento e tra cittadini aventi comprovata esperienza di amministrazione, purchè non siano stati condannati per reati contro il patrimonio o contro la pubblica amministrazione, e sempre che non abbiano in corso procedimenti penali a loro carico per i suddetti reati;

d) nei consigli di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è garantita la rappresentanza della minoranza dell'organo elettivo;

e) i consigli di amministrazione formulano, sulla base delle risultanze degli esercizi precedenti e degli elementi di valutazione forniti dal direttore generale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività e del bilancio di previsione; approvano il bilancio di previsione e il conto consuntivo che sono redatti dal direttore generale e sono rimessi alla giunta regionale per le rispettive operazioni di verifica e di consolidamento; procedono a verifiche generali sull'andamento delle attività; riferiscono annualmente agli enti locali di riferimento territoriale sull'andamento delle attività per eventuali osservazioni utili nella predisposizione di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni; definiscono l'articolazione della unità sanitaria locale in distretti socio-sanitari di base; propongono alla giunta regionale o provinciale la nomina del direttore generale e la sua revoca per motivi connessi alla funzionalità del servizio;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

ta; per le aziende ospedaliere, essa è riservata al consiglio regionale o della provincia autonoma in concorso con l'ente locale ove ha sede l'azienda ospedaliera. L'assemblea dei comuni opera unicamente come collegio elettorale dei componenti del consiglio di amministrazione. I componenti dei consigli di amministrazione sono scelti tra cittadini aventi comprovata esperienza di amministrazione, che non siano stati condannati per reati contro il patrimonio o contro la pubblica amministrazione, e sempre che non abbiano in corso procedimenti penali a loro carico per i suddetti reati. Non possono far parte dei consigli di amministrazione i consiglieri regionali o delle province autonome, i presidenti e gli assessori provinciali, i sindaci e gli assessori comunali;

d) nei consigli di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere è garantita la rappresentanza della minoranza dell'organo elettivo;

e) i consigli di amministrazione formulano, sulla base delle risultanze degli esercizi precedenti e degli elementi di valutazione forniti dal direttore generale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività; approvano il bilancio di previsione e il conto consuntivo, che sono redatti dal direttore generale e sono rimessi alla giunta regionale o della provincia autonoma per le rispettive operazioni di verifica e di consolidamento; procedono a verifiche generali sull'andamento delle attività; riferiscono annualmente agli enti locali di riferimento territoriale sull'andamento delle attività per eventuali osservazioni utili nella predisposizione di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni; definiscono l'articolazione dell'azienda di servizi sanitari in distretti socio-sanitari di base; individuano, sulla base delle previsioni del piano sanitario regionale, l'ubicazione dei presidi ospedalieri e delle altre strutture sanitarie le cui spese in conto capitale superino individualmente il 2 per cento del bilancio complessivo dell'azienda e ne

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

f) il presidente, che viene eletto dal consiglio di amministrazione nel suo seno, svolge tutte le funzioni di carattere non gestionale attribuitegli dalla legge, dallo statuto e dai regolamenti;

g) tutti i poteri di gestione sono riservati al direttore generale, la cui scelta è effettuata con le modalità di cui alla lettera h). In ogni unità sanitaria locale, e nelle aziende ospedaliere, sono previsti il direttore amministrativo, il direttore sanitario ed il consiglio dei sanitari. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati a termine con provvedimento motivato del direttore generale, previo avviso pubblico; restano nella funzione per la durata del rapporto di lavoro di quest'ultimo e possono essere riconfermati nell'incarico. Il direttore sanitario è un medico in possesso di apposita idoneità nazionale, presiede il consiglio dei sanitari ed è responsabile della organizzazione igienico-sanitaria della unità sanitaria locale e della azienda ospedaliera. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e l'ufficio di direzione. Le funzioni del coordinatore amministrativo non rientranti nelle attribuzioni del direttore generale sono svolte dal direttore amministrativo; quelle del coordinatore sanitario sono svolte dal direttore sanitario. Il consiglio dei sanitari è composto da nove a quindici

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

approvano il relativo progetto; propongono alla giunta regionale o della provincia autonoma la nomina del direttore generale e la sua revoca per motivi connessi alla necessità di garantire la funzionalità del servizio in rapporto a riscontrate situazioni di inefficienza, di incapacità organizzativa, di ripetute inadempienze agli obblighi contrattuali o alle direttive ricevute dagli organi competenti. Tutti gli atti del direttore generale soggetti all'approvazione del consiglio di amministrazione devono essere dallo stesso approvati o respinti motivatamente entro venti giorni dalla comunicazione dell'atto;

f) *identica*;

g) tutti i poteri di gestione sono riservati al direttore generale, che ha anche la rappresentanza legale dell'azienda, la cui scelta è effettuata con le modalità di cui alla lettera h). Il direttore generale partecipa alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo. In ogni azienda di servizi sanitari e in ogni azienda ospedaliera sono previsti il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati a termine con un provvedimento motivato dal consiglio di amministrazione su proposta del direttore generale, previo specifico avviso pubblico. Essi decadono dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati nell'incarico. Il direttore sanitario è un medico in possesso di apposita idoneità nazionale, presiede il consiglio dei sanitari ed è responsabile dell'organizzazione igienico-sanitaria dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche con una anzianità di almeno cinque anni in attività direzionale ed è responsabile delle attività

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

membri. Nelle unità sanitarie locali fanno parte del consiglio dei sanitari medici e altri operatori sanitari laureati, dipendenti e convenzionati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente il presidio ospedaliero. Nelle aziende ospedaliere il consiglio dei sanitari è composto in maggioranza da personale medico e, per almeno un terzo dei componenti, da figure apicali, e ne fa parte anche un dirigente dei servizi di assistenza infermieristica. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio non vincolante, quando sono in esame decisioni riguardanti attività tecnico-sanitarie e assistenziali o investimenti attinenti; il direttore generale è tenuto a motivare espressamente i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio stesso. Al fine di un maggiore coordinamento il direttore generale promuove la conferenza dei responsabili dei servizi;

h) il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è regolato da contratto di diritto privato a termine, quinquennale, rinnovabile. Il direttore generale della unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera è nominato dalla giunta regionale o provinciale, su proposta del consiglio di amministrazione, il quale lo individua, previo avviso pubblico, con provvedimento motivato quanto ai criteri seguiti nella scelta, tra gli iscritti in apposito elenco

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

amministrative della azienda di servizi sanitari o della azienda ospedaliera. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo e del coordinatore sanitario, nonché l'ufficio di direzione. Le funzioni del coordinatore amministrativo non rientranti nelle attribuzioni del direttore generale sono svolte dal direttore amministrativo; quelle del coordinatore sanitario sono svolte dal direttore sanitario. Il consiglio dei sanitari è composto da un numero di membri non inferiore a nove e non superiore a quindici. Nelle aziende di servizi sanitari fanno parte del consiglio dei sanitari medici e altri operatori sanitari laureati, dipendenti e convenzionati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'azienda di servizi sanitari è presente il presidio ospedaliero. Nelle aziende ospedaliere il consiglio dei sanitari è composto in maggioranza da personale medico e, per almeno un terzo dei componenti, da figure apicali; ne fa parte anche un dirigente dei servizi di assistenza infermieristica. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio non vincolante, quando sono in esame decisioni riguardanti attività tecnico-sanitarie e assistenziali o investimenti ad esse attinenti; il direttore generale è tenuto a motivare espressamente i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio stesso. Al fine di un maggiore coordinamento il direttore generale promuove la conferenza dei responsabili dei servizi;

h) il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è regolato da contratto di diritto privato a termine, quinquennale, rinnovabile. Il direttore generale della azienda di servizi sanitari e dell'azienda ospedaliera è nominato dalla giunta regionale o della provincia autonoma, su proposta del consiglio di amministrazione, il quale lo individua, previo specifico avviso pubblico, con provvedimento motivato quanto ai criteri seguiti nella scelta, tra gli

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

nazionale formato da una commissione nominata con decreto del Ministro della sanità e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, designato dal presidente del Consiglio di Stato, che la presiede e da altri quattro membri, dei quali uno designato dal Presidente del Consiglio dei ministri, uno designato dal presidente del CNEL e due individuati dal Ministro della sanità tra soggetti esterni all'amministrazione statale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari. La composizione della commissione assicura pluralità di competenze. La commissione provvede alla costituzione e all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di rigorosa verifica dei requisiti. All'elenco nazionale possono accedere candidati in possesso del diploma di laurea che abbiano svolto per almeno cinque anni, con dimostrato esito positivo, qualificata attività professionale di direzione in aziende pubbliche o private di media o grande dimensione o in enti pubblici e strutture pubbliche o in amministrazioni dello Stato. Oltre ai requisiti sopra indicati è da ritenersi preferenziale il possesso di titolo di specializzazione o perfezionamento post-universitario in gestione e organizzazione sanitaria riconosciuto valido dalla commissione scientifica di cui al comma 3. A partire dal 1° gennaio 1992 possono accedere all'elenco nazionale le persone che, oltre ai requisiti sopra indicati, abbiano frequentato con esito positivo gli appositi corsi di formazione superiore, all'uopo organizzati nel rispetto dei criteri indicati al comma 3;

(V., in diversa formulazione, il secondo periodo del comma 5 dell'articolo 6 del testo approvato dalla Camera)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

iscritti in apposito elenco nazionale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, da una commissione nominata con decreto del Ministro della sanità e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, designato dal presidente del Consiglio di Stato, che la presiede, e da altri quattro membri, dei quali uno designato dal Presidente del Consiglio dei ministri, uno designato dal presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e due designati dal Ministro della sanità tra soggetti esterni all'amministrazione statale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari. La composizione della commissione assicura pluralità di competenze. La commissione provvede alla costituzione e all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di rigorosa verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere i candidati che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa di enti, o strutture pubbliche o società pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza almeno quinquennale. A partire dalla conclusione del primo degli appositi corsi di formazione superiore, all'uopo organizzati nel rispetto dei criteri di cui al comma 4, possono accedere all'elenco esclusivamente le persone che, oltre a possedere i requisiti sopra indicati, abbiano frequentato con esito positivo i corsi stessi. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di nomina del consiglio di amministrazione o dalla data di vacanza del posto. Scaduto tale termine, qualora il consiglio di amministrazione non abbia provveduto alla proposta, la nomina del direttore generale è

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in diversa formulazione, il comma 6 dell'articolo 6 del testo approvato dalla Camera)

(V., in diversa formulazione, il terzo periodo del comma 5 dell'articolo 6 del testo approvato dalla Camera)

i) il collegio dei revisori è composto da un rappresentante della regione, con funzioni di presidente, da un membro designato dal consiglio di amministrazione, scelto tra gli iscritti all'albo dei revisori dei conti, e da un funzionario del Ministero del tesoro. Con lo stesso criterio sono nominati i membri supplenti.

3. Presso le istituzioni universitarie e presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione si svolgono corsi di alta formazione e di aggiornamento di quadri e dirigenti amministrativi e sanitari del Servizio sanitario nazionale secondo un programma definito entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con uno o più decreti del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio universitario nazionale. Il programma formativo prevede anche i titoli per l'ammissione a detti corsi e i relativi

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

effettuata direttamente dalla giunta regionale o della provincia autonoma. Qualora queste ultime non provvedano entro i trenta giorni successivi rispetto al termine perentorio di cui sopra, vi provvede il Ministro della sanità con proprio decreto. L'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile delle singole aziende, prevista al comma 1, lettera b), diviene effettiva con l'immissione nelle funzioni del direttore generale;

i) il collegio dei revisori è composto da un rappresentante della regione o della provincia autonoma, con funzioni di presidente, da un membro designato dal consiglio di amministrazione, entrambi scelti tra gli iscritti all'albo dei revisori dei conti, e da un funzionario del Ministero del tesoro. Con lo stesso criterio sono nominati i membri supplenti.

3. Le aziende di servizi sanitari, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore delle leggi regionali o delle province autonome di cui al comma 1, attivano i servizi di medicina legale e delle assicurazioni sociali, ai quali sono attribuite le funzioni di cui agli articoli 14, terzo comma, lettera q), e 19, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295.

4. Presso le istituzioni universitarie e presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione si svolgono corsi di alta formazione di durata almeno biennale per il conseguimento di un titolo di studio di specializzazione post-universitaria e corsi di aggiornamento di quadri e dirigenti amministrativi e sanitari del Servizio sanitario nazionale, secondo un programma definito entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con uno o più decreti del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti il Consiglio sanitario nazionale ed il Consiglio universi-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

curricula didattici, secondo le esigenze del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto dei vigenti ordinamenti universitari. L'organizzazione dei corsi è oggetto di specifiche convenzioni, da stipularsi tra il Ministro della sanità e singole istituzioni universitarie, di ricerca o di formazione superiore pubbliche e private, anche tra loro consorziate o collegate, riconosciute idonee da una apposita commissione scientifica, nominata dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, della quale fanno parte esperti in discipline attinenti all'organizzazione e all'amministrazione sanitaria e alla metodologia didattica. L'attività didattica va strutturata in distinti indirizzi che tengano conto della natura complessa delle competenze del Servizio sanitario nazionale. Almeno un corso all'anno deve, comunque, essere realizzato dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione. A tal fine un dirigente generale del Ministero della sanità è collocato fuori ruolo presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione con lo specifico compito di coordinare le attività amministrative connesse all'organizzazione dei corsi.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

tario nazionale. Il programma formativo prevede anche i titoli per l'ammissione a detti corsi e i relativi *curricula* didattici, secondo le esigenze del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto dei vigenti ordinamenti universitari. L'organizzazione dei corsi è oggetto di specifiche convenzioni, da stipularsi tra il Ministro della sanità e singole istituzioni universitarie, di ricerca o di formazione superiore pubbliche e private, anche tra loro consorziate o collegate, riconosciute idonee da una apposita commissione scientifica nominata dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, della quale fanno parte esperti in discipline attinenti all'organizzazione e all'amministrazione sanitarie e alla metodologia didattica. L'attività didattica va strutturata in distinti indirizzi che tengano conto della natura complessa delle competenze del Servizio sanitario nazionale. Almeno un corso ogni biennio deve, comunque, essere realizzato dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione. A tal fine un dirigente generale del Ministero della sanità è collocato fuori ruolo presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione con lo specifico compito di coordinare le attività amministrative connesse all'organizzazione dei corsi. Il numero dei posti a disposizione delle scuole e dei corsi di formazione viene stabilito annualmente con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sulla base delle riscontrate esigenze.

5. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri è riorganizzata la Scuola superiore della pubblica amministrazione in modo da garantire autonomia funzionale, gestionale e contabile mediante la previsione di un consiglio di amministrazione e del suo presidente di nomina governativa, delle relative indennità, di un direttore generale e di una dotazione di personale con qualifiche dirigenziali.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 5.

(Distretto sanitario di base)

1. Il distretto socio-sanitario di base è l'articolazione tecnico-funzionale dell'unità sanitaria locale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento attraverso il coordinamento delle prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica di base, di guardia medica territoriale, dei consultori, infermieristica ambulatoriale e domiciliare con i servizi sociali di territorio.

2. Il piano sanitario nazionale e il piano sanitario regionale possono ampliare la serie delle prestazioni da erogarsi in sede distrettuale.

3. L'unità sanitaria locale, oltre a garantire le prestazioni di cui al comma 1, assicura:

a) il collegamento fra le attività distrettuali e le attività specialistiche;

b) l'adozione di iniziative di promozione di interventi per l'educazione sanitaria, la prevenzione, il corretto uso dei servizi sanitari;

c) la raccolta di informazioni, anche di carattere epidemiologico, dirette a favorire la conoscenza dei bisogni e della domanda di salute della popolazione, a valutare l'efficienza dei servizi e l'efficacia degli interventi sia in gestione diretta che a convenzione;

d) il collegamento con le associazioni di volontariato presenti sul territorio;

e) l'integrazione con i servizi sociali sul territorio, garantendo i necessari collegamenti in modo da assicurare la globalità della prestazione medesima.

4. Per le finalità di cui alla lettera e) del comma 3 è rimessa alla legge regionale di riorganizzazione delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 4, comma 1, l'istituzione nelle unità sanitarie locali del servizio sociale, cui preporre un assistente sociale coordinatore con almeno 10 anni di servi-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 6.

(Distretto socio-sanitario di base)

1. Il distretto socio-sanitario di base è l'articolazione tecnico-funzionale dell'azienda di servizi sanitari per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento anche attraverso il coordinamento delle prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica di base, di guardia medica territoriale, dei consultori, infermieristica ambulatoriale e domiciliare con i servizi sociali di territorio.

2. I piani sanitari regionali possono ampliare la serie delle prestazioni da erogarsi in sede distrettuale.

3. L'azienda di servizi sanitari, oltre a garantire le prestazioni di cui al comma 1, assicura:

a) *identica*;

b) l'adozione di iniziative di promozione di interventi per l'educazione sanitaria, la prevenzione, la sanità pubblica veterinaria e il corretto uso dei servizi sanitari;

c) *identica*;

d) *identica*;

e) *identica*.

4. Le leggi regionali e delle province autonome di cui all'articolo 5, comma 1, possono prevedere l'attribuzione alle aziende di servizi sanitari delle competenze relative ad interventi nell'ambito della assistenza sociale da coordinare e collegare con le attività di carattere sanitario, previo

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

zio prestato presso strutture pubbliche ed in possesso di comprovata esperienza.

Art. 6.

(*Aziende ospedaliere di alta specialità*)

1. Le regioni e le province autonome, entro il termine perentorio di centoventi giorni dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, costituiscono in azienda speciale, con personalità giuridica e con struttura organizzativa autonoma, gli ospedali sedi di strutture di alta specialità.

2. Possono essere individuati come ospedali di alta specialità quelli che dispongono di tutte le caratteristiche seguenti:

a) la presenza di una o più strutture di alta specialità, secondo la specificazione fornita nel decreto del Ministro della sanità emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

b) la presenza, all'interno di ciascuna struttura di alta specialità, di tutti i servizi indicati come dotazione obbligatoria nel decreto ministeriale di cui alla lettera a);

c) l'organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità;

d) la disponibilità di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato secondo gli *standards* definiti nel decreto ministeriale di cui alla lettera a);

e) la disponibilità di dotazioni tecnologiche adeguate al rilievo di alta specialità della struttura, secondo le caratteristiche specifiche minime obbligatorie indicate nel decreto ministeriale di cui alla lettera a);

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

accordo con i comuni interessati in coerenza con quanto previsto dalla legge 8 giugno 1990, n. 142. A tale scopo le regioni e le province autonome possono istituire presso l'azienda di servizi sanitari un servizio sociale.

Art. 7.

(*Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri*)

1. Le regioni e le province autonome, entro il termine perentorio di centoventi giorni dalla data di costituzione delle aziende di servizi sanitari, costituiscono in azienda ospedaliera gli ospedali sedi di strutture di alta specialità, nonché gli ospedali di cui almeno il 50 per cento delle strutture siano clinicizzate a direzione universitaria, escluse le strutture ospedaliere affidate alla temporanea direzione universitaria.

2. Possono essere individuati come ospedali di alta specialità quelli che dispongono delle seguenti caratteristiche:

a) presenza di più strutture di alta specialità, secondo la specificazione fornita nel decreto del Ministro della sanità da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;

b) presenza, all'interno di ciascuna struttura di alta specialità, di tutti i servizi indicati come dotazione obbligatoria nel decreto di cui alla lettera a);

c) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità;

d) disponibilità di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato secondo gli *standard* definiti nel decreto di cui alla lettera a);

e) disponibilità di dotazioni tecnologiche adeguate al rilievo di alta specialità della struttura, secondo le caratteristiche specifiche minime obbligatorie indicate nel decreto di cui alla lettera a);

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

f) il conseguimento di un livello di attività di alta specialità non inferiore in ciascun anno allo *standard* minimo indicato nel decreto ministeriale di cui alla lettera a). In prima applicazione, il requisito di attività riferito al triennio precedente può essere limitato ad almeno i due terzi dello *standard* prescritto, con obbligo di conseguire il rispetto dello *standard* entro e non oltre il biennio successivo, pena la revoca della individuazione come ospedale di alta specialità e la riassunzione della condizione di presidio ospedaliero della unità sanitaria locale. La revoca è disposta con la stessa procedura prevista per la costituzione in azienda speciale.

3. Data la valenza interregionale delle attività di alta specialità, nelle more dell'approvazione del piano sanitario nazionale, al quale l'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, demanda l'individuazione delle strutture di alta specialità, l'individuazione degli ospedali di alta specialità da costituire in azienda ospedaliera autonoma, è effettuata con decreto del Ministro della sanità, in applicazione del parere espresso in materia dal Consiglio superiore di sanità e dei criteri indicati al comma 2. Nelle successive applicazioni la individuazione degli ospedali di alta specialità ai fini della presente legge è riservata esclusivamente al piano sanitario nazionale.

4. Per soddisfare le esigenze di alta specialità previste dalla programmazione sanitaria nel rispetto dei bacini di utenza fissati dal decreto ministeriale di cui al comma 2, lettera a), è consentita la convenzione tra il Servizio sanitario nazionale e le istituzioni ospedaliere private di alta specialità in possesso dei requisiti prescritti dal decreto del Ministro della sanità. La convenzione, da stipulare sulla base di appositi schemi tipo emanati con decreto del Ministro della sanità, deve assicurare *standards* assistenziali e livelli di attività non inferiori

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

f) conseguimento di un livello di attività di alta specialità non inferiore in ciascun anno allo *standard* minimo indicato nel decreto di cui alla lettera a).

3. Data la rilevanza interregionale delle attività di alta specialità, fino all'approvazione del piano sanitario nazionale, al quale l'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, demanda l'individuazione delle strutture di alta specialità, l'individuazione degli ospedali di alta specialità da costituire in azienda ospedaliera è effettuata con decreto del Ministro della sanità da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in applicazione del parere espresso in materia dal Consiglio superiore della sanità e dei criteri indicati al comma 2. Nelle successive applicazioni la individuazione degli ospedali di alta specialità ai fini della presente legge è riservata esclusivamente al piano sanitario nazionale.

4. Le regioni e le province autonome carenti di ospedali sedi di strutture di alta specialità, per soddisfare le esigenze previste dalla programmazione sanitaria, nel rispetto dei bacini di utenza fissati dal decreto del Ministro della sanità di cui al comma 2, lettera a), possono, in via eccezionale, chiedere l'autorizzazione al Ministro della sanità di stipulare convenzioni con istituzioni ospedaliere private di alta specializzazione in possesso dei requisiti prescritti dall'anzidetto decreto del Ministro della sanità. La convenzione deve

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

a quelli prescritti per le istituzioni pubbliche di alta specialità.

5. Nel termine perentorio indicato al comma 1 le regioni e le province autonome indicano gli ospedali da trasformare o da sopprimere in attuazione del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, e dei principi di cui all'articolo 16, comma 1, della presente legge e provvedono alla nomina dei consigli di amministrazione delle aziende ospedaliere autonome. Entro il termine perentorio di sessanta giorni dalla data di nomina dei consigli di amministrazione le regioni e le province autonome, sulla proposta dei consigli di amministrazione medesimi, provvedono alla nomina del direttore generale di ciascuna azienda ospedaliera. L'autonomia gestionale delle singole aziende ospedaliere diviene effettiva con l'immissione nelle funzioni del direttore generale. Le attività degli ospedali di alta specialità sono esercitate anche in coerenza con gli obiettivi e gli indirizzi della programmazione regionale relativamente alla attività svolta fuori dalle sedi ospedaliere.

6. In caso di mancato adempimento entro il termine indicato, il Ministro della sanità esercita le funzioni sostitutive ai sensi dell'articolo 19; per quanto concerne la mancata costituzione degli organi dell'azienda ospedaliera autonoma, il Ministro con proprio decreto nomina un commissario straordinario che resta in carica con i poteri degli organi mancanti fino alla loro regolare costituzione.

(Cfr., l'articolo 7 del testo approvato dalla Camera)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

garantire *standard* assistenziali non inferiori a quelli prescritti per gli ospedali sedi di strutture di alta specialità costituiti in aziende ospedaliere.

Soppresso

(Collocato, in diversa formulazione, quale ottavo e nono periodo della lettera h) del comma 2 dell'articolo 5 del testo proposto dalla Commissione)

(Collocato, in diversa formulazione, quale undicesimo periodo della lettera h) del comma 2 dell'articolo 5 del testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale decimo periodo della lettera h) del comma 2 dell'articolo 5 del testo proposto dalla Commissione)

5. Le regioni e le province autonome, entro il termine di cui al comma 1, previo conforme parere della Conferenza, possono costituire in azienda ospedaliera gli ospedali di cui all'articolo 23 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, che mantengano i requisiti ivi fissati e che dispongano dei servizi polispecialistici necessari per costituire centro di riferimento della rete regio-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

7. Gli altri ospedali pubblici conservano la natura di presidi delle unità sanitarie locali, con obbligo di prevedere il direttore sanitario e l'esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali essi sono ricompresi in un solo presidio ai fini funzionali ed è previsto il direttore sanitario del presidio che esercita le funzioni indicate dall'articolo 4, comma 2, lettera g), per il direttore sanitario dell'azienda ospedaliera. La legge regionale di cui all'articolo 4, comma 1, detta i principi di organizzazione degli ospedali in attuazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle disposizioni di cui all'articolo 16, comma 1, della presente legge, attribuendo agli stessi, anche per le funzioni di ricerca e di didattica, ampia autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale e disciplinando il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge regionale, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

8. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, nonchè gli istituti e gli enti che esercitano l'assistenza ospedaliera, di cui agli articoli 40 e 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Gli stessi adeguano il proprio regolamento organico del personale ai principi della presente legge, nonchè dei decreti legislativi previsti dall'articolo 12.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

nale dei servizi di emergenza e che svolgano, nel loro complesso, funzione di rilievo regionale in favore di cittadini provenienti da aziende di servizi sanitari del territorio regionale. La perdita delle caratteristiche strutturali di attività prima richiamate comporta la revoca dell'autonomia aziendale.

6. Gli altri ospedali pubblici conservano la natura di presidi delle aziende di servizi sanitari, con obbligo di prevedere il direttore sanitario e l'esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale. Tali funzioni sono svolte da un dirigente del ruolo amministrativo, appartenente al secondo livello, di cui all'articolo 12, comma 5, lettera e), scelto fra il personale delle aziende di servizi sanitari. Nelle aziende di servizi sanitari nelle quali sono presenti più ospedali, essi sono ricompresi in un solo presidio ai fini funzionali ed è previsto il direttore sanitario del presidio che esercita le funzioni indicate dall'articolo 5, comma 2, lettera g), per il direttore sanitario dell'azienda ospedaliera. A tali presidi è attribuita ampia autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio dell'azienda di servizi sanitari.

(Cfr. il comma 10 del presente articolo)

7. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, nonchè gli istituti e gli enti che esercitano l'assistenza ospedaliera, di cui agli articoli 40 e 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ancorchè riconosciuti istituti a carattere scientifico. Gli stessi adeguano il proprio regolamento organico del personale ai principi della presente legge, nonchè a

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in diversa formulazione, il comma 3 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

(V., in diversa formulazione, il comma 1 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

quelli dei decreti legislativi previsti dall'articolo 12, comma 5.

8. All'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali a gestione diretta e convenzionati obbligatoriamente sono riservati spazi adeguati, da reperire entro novanta giorni dalla data di costituzione dell'azienda di servizi sanitari o dell'azienda ospedaliera, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 10 per cento dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento; in caso di mancata possibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti dalle aziende di servizi sanitari o dalle aziende ospedaliere mediante convenzioni con case di cura o altre istituzioni di ricovero, dandone notizia alla regione o provincia autonoma e all'amministrazione centrale. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche in diretta gestione.

9. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza, sono stabiliti gli indirizzi ai quali le regioni e le province autonome devono uniformarsi nel processo di riorganizzazione delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri, in attuazione del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, nonché nel processo di riorganizzazione dei servizi territoriali e di integrazione degli stessi con i servizi ospedalieri. L'atto di indirizzo e coordinamento deve uniformarsi ai seguenti principi:

a) promuovere ed agevolare il processo di riequilibrio territoriale nelle dotazioni strutturali, strumentali e di personale;

b) definire criteri uniformi applicabili su tutto il territorio nazionale per l'organizzazione degli ospedali;

c) eliminare le situazioni di diseconomia, anche attraverso la chiusura e la

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

riconversione degli ospedali che non raggiungono lo *standard* minimo di 120 posti letto;

d) accrescere la produttività dei servizi diagnostici, delle attrezzature tecnologiche ad alto costo e dei complessi operatori;

e) potenziare le attività di degenza a ciclo diurno, le forme di assistenza domiciliare integrata e di speditività domiciliare, particolarmente per quanto concerne le fasce degli anziani lungodegenti;

f) promuovere forme di integrazione dipartimentale entro l'ospedale e con i servizi territoriali;

g) promuovere forme di controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;

h) promuovere la riorganizzazione dei servizi extraospedalieri e dei distretti sanitari, fissando gli *standard* di personale per la conseguente riarticolazione delle piante organiche delle aziende di servizi sanitari;

i) fissare termini perentori perchè sia garantito il sollecito e definito compimento dei provvedimenti di attuazione, alla cui disapplicazione ingiustificata collegare le ordinarie misure sostitutive previste dalle leggi vigenti;

l) organizzare e coordinare, secondo il modello dipartimentale, le strutture ed il personale delle funzioni ospedaliere e territoriali dell'emergenza sanitaria assicurando, per i servizi territoriali, l'impiego prioritario di medici titolari di incarico di guardia medica che abbiano superato apposito corso formativo;

m) tener conto delle esigenze connesse all'organizzazione della didattica e della ricerca nella riorganizzazione delle strutture assistenziali utilizzate dalle facoltà di medicina.

(Cfr. il terzo e quarto periodo del comma 7 del presente articolo)

10. Le leggi regionali e delle province autonome di cui all'articolo 5, comma 1, dettano i principi di organizzazione degli ospedali in attuazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595,

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

(V., in diversa formulazione, il comma 2 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

Art. 7.

(Aziende speciali ospedaliere)

1. Le regioni e le province autonome, attraverso i piani sanitari regionali e provinciali, sentito il Consiglio sanitario nazionale e previo parere del CIPE, possono individuare gli ospedali che, per la complessità tecnica o tecnologica delle attività specialistiche svolte e dei servizi resi e prestando almeno il 50 per cento della propria attività di ricovero in favore di cittadini di unità sanitarie locali diverse da quelle di localizzazione sul territorio provinciale, vengono costituiti in aziende speciali ospedaliere; in questo caso si applicano le norme sugli organi e sull'attività di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 6. La perdita delle caratteristiche strutturali e dell'attività prima richiamate comporta la revoca dell'autonomia aziendale. Alle esigenze finanziarie degli ospedali dichiarati aziende speciali ospedaliere provvedono le regioni e le province autonome nell'ambito delle quote del fondo sanitario interregionale ricevute, senza

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

regolandone anche l'attività didattica e di ricerca e disciplinando il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali. In ciascuna regione e provincia autonoma, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge regionale o provinciale, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

11. Il Ministro della sanità, sentita la Conferenza, determina gli *standard* di personale del Servizio sanitario nazionale, avuto riguardo alle previsioni dell'accordo di lavoro in ordine agli incrementi dell'orario individuale di lavoro, all'impiego di nuove figure professionali e alla necessità di graduarne l'attuazione in rapporto alle disponibilità finanziarie.

Soppresso (Cfr. il comma 5 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione)

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

diritto ad alcuna integrazione di finanziamento. Gli eventuali disavanzi di tali aziende ospedaliere gravano sulle regioni o province autonome di riferimento ed in caso di mancato ripiano si dà luogo alla immediata revoca dell'autonomia aziendale. È abrogata la lettera d) del secondo comma dell'articolo 18 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 8.

(Istituti a carattere scientifico, policlinici, enti di ricerca, istituti zooprofilattici sperimentali e ospedali militari)

1. Ferme restando le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico, di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono riordinati come aziende pubbliche di servizio dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Il riordinamento è disposto con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con il procedimento di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, tenendo presenti, in quanto applicabili, i principi di cui alla presente legge. Con lo stesso decreto è previsto il collegamento degli istituti con il Servizio sanitario nazionale, le università e gli altri enti ed organismi con lo stesso correlati mediante apposite distinte convenzioni, fissandone i caratteri ed i termini, ivi compresi i poteri sostitutivi statali ai sensi dell'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Ferme restando le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale ed il raccordo con gli obiettivi del piano sanitario nazionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 8.

(Istituti a carattere scientifico, policlinici, enti di ricerca, istituti zooprofilattici sperimentali e ospedali militari)

1. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico, di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono riordinati come aziende pubbliche di servizio dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Il riordinamento è disposto con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con il procedimento di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, tenendo presenti, in quanto applicabili, i principi di cui alla presente legge. Con lo stesso decreto è previsto il collegamento degli istituti con il Servizio sanitario nazionale, le università e gli altri enti ed organismi con lo stesso correlati mediante apposite distinte convenzioni, fissandone i caratteri ed i termini, ivi compresi i poteri sostitutivi statali ai sensi dell'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato, di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riordinano i propri ordinamenti uniformandosi alle

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

personalità giuridica di diritto privato di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riordinano i propri ordinamenti uniformandosi alle disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica previsto al comma 1, in quanto applicabili, nel rispetto dell'autonomia giuridico-amministrativa di cui godono. I rapporti con il Servizio sanitario nazionale e gli altri enti ed organismi con lo stesso correlati sono disciplinati con apposite convenzioni da stipulare in conformità a quanto disposto al comma 1.

(Cfr. il comma 6 del presente articolo)

3. I rapporti tra le università che gestiscono direttamente policlinici universitari,

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica previsto al comma 1, in quanto applicabili, nel rispetto dell'autonomia giuridico-amministrativa di cui godono e nella salvaguardia dei principi già riconosciuti di equiparazione di tutto il personale di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761. I rapporti con il Servizio sanitario nazionale e gli altri enti ed organismi con lo stesso correlati sono disciplinati con apposite convenzioni da stipulare in conformità a quanto disposto al comma 1.

3. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, vengono fissati i requisiti e le procedure ai fini del riconoscimento del carattere scientifico nazionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico e privato.

4. Gli istituti zooprofilattici sperimentali di cui alla legge 23 giugno 1970, n. 503, sono riordinati come aziende pubbliche di servizio dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile. Il riordinamento è disposto con legge della regione nella quale ha sede l'istituto, sentito il parere delle regioni o delle province autonome di riferimento territoriale, da approvarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale o delle province autonome di cui all'articolo 5, comma 1, tenendo presenti, in quanto applicabili, i principi e le disposizioni di tale legge e della presente legge. Il finanziamento degli stessi, per le attività di rilievo nazionale, fa carico alla quota del Fondo sanitario interregionale di cui all'articolo 1, comma 4; il finanziamento per le restanti attività fa carico al Fondo sanitario interregionale di cui all'articolo 1, comma 1. Al personale degli istituti zooprofilattici sperimentali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 12.

5. I rapporti tra le università che gestiscono direttamente policlinici universitari, cli-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

cliniche e istituti universitari di ricovero e cura e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate per ciascun policlinico tra le regioni e le province autonome e le università medesime, rappresentate dal rettore che si avvale dell'organo di gestione del policlinico di cui all'articolo 18 della legge 9 dicembre 1985, n. 705. Le convenzioni sono stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le regioni o province autonome e le università interessate.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

niche e istituti universitari di ricovero e cura ed il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate per ciascun policlinico tra le regioni e province autonome e le università medesime, rappresentate dal rettore, che si avvale, per le università statali, dell'organo di gestione del policlinico di cui all'articolo 18 della legge 9 dicembre 1985, n. 705. Le convenzioni sono stipulate, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le regioni o province autonome e le università interessate.

6. Le convenzioni di cui al comma 5 regolano l'apporto dell'attività assistenziale dei policlinici universitari al Servizio sanitario nazionale nel territorio della regione o provincia autonoma, secondo quanto stabilito dal piano sanitario regionale, e garantiscono agli stessi il rimborso di tutte le spese sostenute per l'anzidetta attività e l'estensione, in quanto applicabili, dei regolamenti in vigore per analoghe strutture ospedaliere.

7. Le università concorrono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali. Le strutture sanitarie non universitarie da utilizzare ai fini didattici per la formazione dei medici specializzandi e del personale diplomato sanitario non medico sono individuate dalle università e dalle regioni e province autonome, con apposite convenzioni o con quelle previste al comma 11, stipulate nel rispetto dei principi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Cfr. il comma 8 del presente articolo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

8. Fino all'entrata in vigore della legge di riordinamento dei policlinici universitari e della nuova disciplina dello stato giuridico del personale tecnico dell'università, al fine di garantire le funzioni assistenziali, in relazione alle convenzioni stipulate con il Servizio sanitario nazionale, ai policlinici universitari è consentita l'utilizzazione per funzioni assistenziali del personale medico laureato dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria. Le convenzioni di cui al comma 5, sulla base delle indicazioni dei piani regionali relative agli *standard*, determinano i posti necessari di personale medico di livello iniziale e di personale non medico da adibire all'assistenza, e provvedono ad integrare, ove necessario, i posti delle dotazioni organiche dell'ateneo relativi al personale laureato medico e al personale non medico delle aree tecnico-scientifiche e socio-sanitarie. Le università procedono alla copertura dei posti mancanti secondo la normativa concorsuale vigente. È consentita inoltre l'utilizzazione ai fini di cui sopra, durante il periodo della loro formazione, dei medici specializzandi iscritti alle scuole di specializzazione istituite in attuazione della normativa vigente per i paesi della Comunità economica europea. Le università provvedono altresì alla assunzione del personale di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, concernente il programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.

9. In sede di prima applicazione della presente legge le università che gestiscono policlinici, cliniche e istituti di ricovero e cura, sulla base dei posti di organico deliberati dai rispettivi consigli di amministrazione entro il 31 ottobre 1989 per corrispondere alle esigenze assistenziali e recepiti in sede di convenzione tra l'università e la regione o provincia autonoma, sono autorizzate a coprire per concorso i posti di personale laureato tecnico non coperti da personale laureato di ruolo. I predetti concorsi sono riservati, per la metà

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

4. I rapporti concernenti le cliniche universitarie, le divisioni, i servizi a direzione universitaria operanti all'interno di ospedali pubblici, nonché gli enti di ricerca di cui all'articolo 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono disciplinati esclusivamente da convenzioni stipulate, sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale, con le regioni o province autonome in conformità a schemi tipo di convenzione approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

dei posti, a candidati laureati che, in servizio alla data del 31 ottobre 1989, abbiano svolto presso le predette strutture, anche non continuativamente, prestazioni professionali ai fini assistenziali comunque retribuite per almeno 720 ore annue nel quadriennio precedente la anzidetta data.

10. Negli ospedali costituiti in aziende ospedaliere ai sensi dell'articolo 7, comma 1, in relazione alla presenza di strutture clinicizzate, i consigli di amministrazione sono composti da nove membri, dei quali due nominati dalla giunta regionale o della provincia autonoma, scelti tra cinque nominativi di persone non appartenenti alla facoltà di medicina proposti dal rettore dell'università di cui fanno parte le strutture clinicizzate, e gli altri sette nominati ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lettera c). L'organizzazione dell'azienda deve comunque tenere conto delle esigenze didattiche e di ricerca proprie della facoltà di medicina. Il direttore generale è nominato dalla giunta regionale o della provincia autonoma, sentito il rettore dell'università, su proposta del consiglio di amministrazione. Negli organismi collegiali professionali va assicurata una proporzionale presenza di personale universitario.

11. L'apporto delle attività assistenziali delle strutture clinicizzate a direzione universitaria nelle aziende ospedaliere di cui al comma 10, e quello delle cliniche universitarie operanti in altre strutture ospedaliere, nonché l'apporto alla attività di didattica e di ricerca di strutture a direzione ospedaliera nell'ambito delle medesime aziende, da utilizzare in particolare per i fini didattici della formazione dei medici specializzandi, viene disciplinato esclusivamente da convenzioni stipulate, sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale, tra le regioni e province autonome e i rettori delle università, in conformità a schemi tipo di convenzione approvati dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sentite, rispettivamente, la regione o provincia autonoma e l'università interessata.

5. Fino all'emanazione degli schemi tipo delle convenzioni di cui ai commi 3 e 4, per tutti i presidi di cui al presente articolo si utilizzano gli schemi tipo in vigore alla data di entrata in vigore della presente legge.

6. I rapporti tra gli istituti zooprofilattici sperimentali e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate con le regioni o le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di schemi tipo di convenzione approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'agricoltura e delle foreste e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la convenzione è

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

del tesoro, sentita la Conferenza. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite rispettivamente la regione o provincia autonoma e l'università interessata. Nelle predette strutture, il personale laureato medico di ruolo dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria svolge anche le funzioni assistenziali di livello iniziale.

12. Fino all'emanazione degli schemi tipo delle convenzioni di cui ai commi 5 e 11, per tutti i presidi di cui al presente articolo si utilizzano gli schemi tipo in vigore alla data di entrata in vigore della presente legge.

13. Le convenzioni già stipulate ed operanti alla data di entrata in vigore della presente legge restano in vigore sino alla stipula delle nuove convenzioni.

14. Le regioni o province autonome e le università possono, di comune intesa, prevedere la costituzione di aziende ospedaliere mediante scorporo o trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie e di strutture ospedaliere, riaccorpandole rispettivamente in stabilimenti omogenei universitari od ospedalieri secondo esigenze di programmazione e redistribuzione sul territorio. In tal caso si applicano le disposizioni di cui ai commi 10 e 11.

Soppresso (Cfr. il comma 4 del presente articolo)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

stipulata dal Ministro della sanità con l'assistenza della regione o della provincia autonoma interessata.

7. I rapporti tra gli ospedali militari e il Servizio sanitario nazionale sono disciplinati da convenzioni stipulate sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale per ciascun ospedale tra le regioni o le province autonome e gli ospedali medesimi, rappresentati dal direttore. Le convenzioni sono stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale. In caso di mancata stipula delle convenzioni, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le convenzioni sono stipulate dal Ministro della sanità e dal Ministro della difesa, sentite le regioni o province autonome e gli ospedali militari interessati.

8. In attesa del riordinamento dei policlinici universitari, il cui regime gestionale e patrimoniale è esercitato, nell'ambito dell'autonomia finanziaria e contabile delle università, in forma distinta e separata, il Servizio sanitario nazionale assicura ai policlinici universitari a gestione diretta, alle cliniche e agli istituti universitari di ricovero e cura, per quanto concerne l'assistenza sanitaria, l'equivalente finanziario di tutte le spese di gestione di un ospedale di alta specializzazione di pari livello assistenziale, sulla base degli *standards* di cui al decreto del Ministro della sanità in data 13 settembre 1988, pubblica-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

15. Le regioni e le province autonome possono stipulare convenzioni con gli ospedali militari per regolare i rapporti tra gli stessi ed il Servizio sanitario nazionale, sulla base delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale. Le convenzioni sono stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro della difesa e con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

16. L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari è assicurata dal Servizio sanitario nazionale con rapporti convenzionali obbligatori stipulati dalla regione o provincia autonoma e dalla direzione degli istituti penitenziari, sulla base di uno schema tipo da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge da parte del Ministro della sanità di concerto con il Ministro di grazia e giustizia.

Soppresso (*Cfr. il comma 8 del presente articolo*)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

to nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988, per quanto concerne il personale, e dei criteri di finanziamento delle attività ospedaliere adottati in ambito regionale o provinciale, per le restanti funzioni di spesa. I costi dell'attività di didattica e di ricerca dei policlinici restano a carico delle università. Si estendono ai policlinici universitari a gestione diretta, alle cliniche e agli istituti universitari di ricovero e cura e alle divisioni e servizi ospedalieri a direzione universitaria le norme concernenti la istituzione di camere a pagamento e l'esercizio della libera professione intramuraria di cui all'articolo 16, comma 3. Negli organismi collegiali professionali degli ospedali con divisioni ospedaliere e con servizi a direzione universitaria va assicurata una proporzionale presenza di personale universitario.

9. Le istituzioni di cui al presente articolo e l'Istituto superiore di sanità possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva, determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, in sede di definizione delle disponibilità per i mutui.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

17. Le istituzioni di cui al presente articolo e l'Istituto superiore di sanità possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva, determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, previo conforme parere della Conferenza, in sede di definizione delle disponibilità per i mutui.

18. Fino alla data di entrata in vigore delle norme relative al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano previsto dall'articolo 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in esecuzione della XIV disposizione transitoria e finale della Costituzione, i rapporti con le regioni, ove esistono presidi ospedalieri dell'Ordine stesso, vengono regolati da apposite convenzioni. Dette convenzioni sono stipulate fra le regioni interessate e l'Ordine mauriziano e disciplinano l'apporto dell'attività assistenziale dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale stabilendo i relativi finanziamenti sia di parte corrente sia in conto capitale.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 9.

(Servizi e presidi multizonali di prevenzione)

1. Entro il termine perentorio indicato dall'articolo 4, comma 1, le regioni e le province autonome riorganizzano i presidi multizonali di prevenzione ed i servizi delle unità sanitarie locali avendo riguardo ai seguenti principi:

a) ai servizi delle unità sanitarie locali sono attribuite le funzioni di controllo, tutela, prevenzione e coordinamento di cui agli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833; essi sono organizzati in dipartimento di prevenzione, articolato almeno per le funzioni di prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, medicina del lavoro, igiene e sanità pubblica, igiene e sanità pubblica veterinaria anche in riferimento agli alimenti di origine animale;

b) ai presidi multizonali di prevenzione di cui all'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono attribuiti compiti di coordinamento tecnico, di consulenza e di supporto delle funzioni delle unità sanitarie locali in materia di prevenzione o di ulteriore specializzazione secondo gli indirizzi della programmazione regionale;

c) il riferimento territoriale dei presidi è di norma provinciale: tale delimitazione può comunque essere modificata dalla regione sulla base di particolari caratteristiche del territorio;

d) i servizi di sanità pubblica veterinaria possono assumere carattere multizonale in considerazione della tipologia delle attività produttive, delle caratteristiche degli impianti, dei problemi di zooprofilassi, della incidenza delle zoonosi e della vigilanza alimentare;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 9.

(Servizi e presidi multizonali di prevenzione)

1. Entro il termine perentorio indicato dall'articolo 5, comma 1, le regioni e le province autonome riorganizzano i presidi multizonali di prevenzione ed i servizi delle aziende di servizi sanitari avendo riguardo ai seguenti principi:

a) ai servizi delle aziende di servizi sanitari sono attribuite le funzioni di vigilanza, controllo, tutela, prevenzione e coordinamento di cui agli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833; essi sono organizzati in dipartimento di prevenzione, articolato almeno per le funzioni di prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene e sanità pubblica, igiene e sanità pubblica veterinaria in riferimento alla sanità animale, all'igiene e commercializzazione degli alimenti di origine animale e all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

b) ai presidi multizonali di prevenzione di cui all'articolo 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono attribuiti compiti di coordinamento tecnico, di consulenza e di supporto delle funzioni delle aziende di servizi sanitari in materia di prevenzione o di ulteriore specializzazione secondo gli indirizzi della programmazione regionale;

c) *identica*;

d) i servizi di igiene e sanità pubblica veterinaria si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali e possono assumere carattere multizonale in relazione alla tipologia delle attività produttive, delle caratteristiche degli impianti, dei problemi di zooprofilassi, della incidenza delle zoonosi e della vigilanza alimentare;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

e) i presidi multizonali sono attribuiti alla responsabilità gestionale di una unità sanitaria locale, individuata dalla regione o dalla provincia autonoma. Essi godono comunque di autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio della unità sanitaria locale con esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale;

f) i presidi multizonali di prevenzione e i dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali sono coordinati tra di loro ai fini della necessaria integrazione per alcune tipologie di intervento e della scelta delle priorità, ferma restando l'autonomia di ciascun presidio e servizio;

g) i presidi multizonali di prevenzione svolgono attività di analisi sulla base di programmi regionali o a richiesta delle unità sanitarie locali e a supporto delle loro attività istituzionali, a richiesta dei comuni, delle province o di altre amministrazioni pubbliche interessate e per conto del Ministero dell'ambiente. I presidi multizonali di prevenzione, per convenzione tra l'unità sanitaria locale e la provincia, possono essere integrati nell'attuazione di programmi di igiene e profilassi pubblica attribuiti alle province;

h) le dotazioni organiche dei presidi e dei servizi sono definite in base a *standard* minimi che ne assicurino la funzionalità;

i) devono essere determinati *standard* di funzionamento con riferimento ad indicatori di processo e di risultato idonei alla programmazione e alla verifica dell'attività;

l) in sede di riparto alle unità sanitarie locali del fondo interregionale vanno individuate, sia per la parte corrente che per quella in conto capitale, quote finalizzate da destinare al potenziamento strutturale od organizzativo dei servizi e presidi di prevenzione.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

e) i presidi multizonali sono attribuiti alla responsabilità gestionale di una azienda di servizi sanitari, individuata dalla regione o dalla provincia autonoma. Essi godono comunque di autonomia funzionale e di spesa all'interno del bilancio delle aziende di servizi sanitari con esercizio delle funzioni amministrative per delega del direttore generale;

f) i presidi multizonali di prevenzione e i dipartimenti di prevenzione delle aziende di servizi sanitari sono coordinati tra di loro ai fini della necessaria integrazione per alcune tipologie di intervento e della scelta delle priorità, ferma restando l'autonomia di ciascun presidio e servizio;

g) i presidi multizonali di prevenzione svolgono attività di analisi sulla base di programmi regionali o a richiesta delle aziende di servizi sanitari e a supporto delle loro attività istituzionali, a richiesta dei comuni, delle province o di altre amministrazioni pubbliche interessate e per conto del Ministero dell'ambiente. I presidi multizonali di prevenzione, per convenzione tra aziende di servizi sanitari e province, possono essere integrati nell'attuazione di programmi di igiene e profilassi pubblica attribuiti alle province, nell'ambito della programmazione regionale;

h) *identica*;

i) *identica*;

l) in sede di riparto alle aziende di servizi sanitari del Fondo sanitario interregionale vanno individuate, sia per la parte corrente che per quella in conto capitale, quote finalizzate da destinare al potenziamento strutturale od organizzativo dei servizi e presidi di prevenzione.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 10.

(Sperimentazioni e concessione di opere e di servizi)

1. Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza, sono consentite, in deroga alle normative vigenti, ad iniziativa delle regioni, delle province autonome, delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli organismi di cui all'articolo 8 oppure del Ministero della sanità d'intesa con gli organismi interessati, sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, consorzi e società di servizi, nonché sperimentazioni di fruizione indiretta di livelli di assistenza sanitaria a tariffe predeterminate e sperimentazioni di modelli che associano l'insegnamento universitario post-laurea, la ricerca e la formazione del personale in complessi realizzati e gestiti anche da imprenditori non pubblici. Le sperimentazioni sono condotte nel rispetto dell'autonomia decisionale dei cittadini e in conformità ad un protocollo di sperimentazione.

2. Nel protocollo sono specificati i requisiti della sperimentazione relativi all'oggetto, alla durata, ai luoghi, alle modalità di esecuzione, ai controlli, ai criteri di valutazione, alle intese delle parti che partecipano alla sperimentazione ivi comprese le opzioni dei cittadini. Le sperimentazioni sono rese operative con decreto del Ministro della sanità.

3. Il Ministero della sanità, le regioni, le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di cui all'articolo 8 possono utilizzare per lo svolgimento delle sperimentazioni, nonché per i propri compiti istituzionali non attinenti a funzioni sanitarie, l'istituto della concessione sia di opere che di servizi, motivando nel provvedimento

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 10.

(Sperimentazioni e concessione di opere e di servizi)

1. Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza, in deroga alle normative vigenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, mutue volontarie aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi, nonché sperimentazioni di fruizione indiretta di livelli di assistenza sanitaria a tariffe predeterminate e sperimentazioni di modelli che associano l'insegnamento universitario post-laurea, la ricerca e la formazione del personale in complessi realizzati e gestiti anche da imprenditori non pubblici. Tali sperimentazioni sono effettuate ad iniziativa delle regioni e province autonome e, su autorizzazione delle stesse, delle aziende di servizi sanitari, delle aziende ospedaliere nonché degli istituti di cui all'articolo 8 oppure, previo accordo con le regioni o province autonome, del Ministero della sanità, d'intesa con gli organismi interessati. Le sperimentazioni sono condotte nel rispetto dell'autonomia decisionale dei cittadini e in conformità ad un protocollo di sperimentazione.

2. *Identico.*

3. Il Ministero della sanità, le regioni, le province autonome, le aziende di servizi sanitari, le aziende ospedaliere e gli istituti di cui all'articolo 8 possono utilizzare per lo svolgimento delle sperimentazioni, nonché per i propri compiti istituzionali non attinenti a funzioni sanitarie, l'istituto della concessione sia di opere che di servizi,

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

to di concessione le ragioni di convenienza e gli elementi di garanzia che supportano la decisione; a tal fine le regioni possono, altresì, dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

Art. 11.

(*Convenzioni e ricorso
a strutture private non convenzionate*)

1. La programmazione da parte delle regioni e delle unità sanitarie locali dei rapporti convenzionali per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale è ispirata ai seguenti principi:

a) le regioni che attualmente non soddisfano almeno il 50 per cento della domanda in strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente sono tenute a conseguire l'anzidetto livello, salvo ogni eventuale ulteriore incremento. Deve essere, comunque, garantito il massimo utilizzo, nell'arco dell'intera giornata, delle strutture pubbliche;

b) la quota residua va utilizzata, in rapporto alle condizioni locali, nel rispetto dei criteri indicati dall'articolo 9, lettera d), della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

motivando nel provvedimento di concessione le ragioni di convenienza e gli elementi di garanzia che supportano la decisione; a tal fine le regioni e le province autonome possono, altresì, dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

Art. 11.

(*Convenzioni e ricorso
a strutture private non convenzionate*)

1. La programmazione da parte delle regioni, delle province autonome e delle aziende di servizi sanitari dei rapporti convenzionali per prestazioni di medicina generale, specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, è ispirata ai seguenti principi:

a) le convenzioni già stipulate ed operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, restano in vigore fino alla loro scadenza. Le regioni e le province autonome, alla scadenza di dette convenzioni, procedono alla loro revisione ed al riordino qualitativo e quantitativo del regime delle prestazioni erogate in convenzione;

b) le regioni e le province autonome, mediante la programmazione e i rispettivi piani sanitari, sono tenute ad assicurare che almeno il 75 per cento della domanda di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio sia soddisfatto nelle strutture pubbliche a diretta gestione o convenzionate obbligatoriamente ai sensi dell'articolo 10, comma 11, della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Deve essere, comunque, garantito il pieno utilizzo, nell'arco dell'intera giornata, delle strutture pubbliche, tenendo conto di quanto previsto al comma 3 del presente articolo;

c) *identica.*

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

2. Le istituzioni sanitarie private che erogano esclusivamente prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico di analisi chimico-cliniche, di diagnostica strumentale, di diagnostica per immagini, terapia fisica e radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e *in vitro* sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e possono essere gestite da persone fisiche o giuridiche. Esse devono avere un direttore sanitario che risponda personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera. La branca di radiologia ha un direttore tecnico di branca medico specialista radiologo e la branca di laboratorio un

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

2. Le regioni e le province autonome con i provvedimenti che dispongono i finanziamenti e la regolamentazione dei servizi delle aziende di servizi sanitari, al fine di conseguire risultati di miglioramento nei costi dei servizi stessi, possono consentire il ricorso all'assistenza indiretta per le prestazioni di medicina generale e specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio anche presso strutture non convenzionate, nonché per le prestazioni farmaceutiche. In tal caso le regioni e le province autonome adottano norme per consentire ai residenti nella regione o provincia di scegliere le modalità di assistenza con cadenza triennale. Per le prestazioni effettuate in regime di assistenza indiretta sarà effettuato il rimborso al singolo utente entro sessanta giorni, sulla base di prontuari e tariffari approvati annualmente dalla giunta regionale o della provincia autonoma, sentite le organizzazioni sindacali più rappresentative e gli ordini professionali interessati.

3. Le prestazioni possono essere effettuate anche presso strutture pubbliche da parte dei sanitari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale nell'esercizio dell'attività libero-professionale regolata dagli accordi nazionali di cui all'articolo 12.

4. Le istituzioni sanitarie private che erogano esclusivamente prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico di analisi chimico-cliniche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di diagnostica per immagini, terapia fisica e radiante ambulatoriale, di medicina nucleare *in vivo* e *in vitro*, sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e possono essere gestite da persone fisiche o giuridiche. Esse devono avere un direttore sanitario che risponda personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera. Ciascuna branca di specializzazione istituita presso le anzidette strutture ha un direttore tecnico

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

direttore di branca medico, biologo o chimico. Nel caso di struttura monospecialistica la direzione è espletata dal direttore tecnico di branca. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sono determinati i parametri minimi necessari per quanto attiene alla dotazione di personale, che deve essere prevalentemente sanitario, di attrezzature, e alle caratteristiche organizzativo-strumentali cui devono conformarsi le istituzioni di cui al presente comma, anche per l'accesso al convenzionamento di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché gli ambulatori degli specialisti, anche per l'accesso al convenzionamento di cui al numero 2) del terzo comma dell'articolo 48 della stessa legge. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso le proprie leggi di programmazione sanitaria, nel conseguente riordino delle citate convenzioni dovranno tener conto, per quanto riguarda le istituzioni convenzionate ai sensi dell'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, della tipologia e dell'inquadramento di tali prestazioni nell'ambito di strutture complesse o poliambulatoriali. Le istituzioni sanitarie possono stipulare con il Servizio sanitario nazionale le convenzioni ai sensi dell'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, secondo schemi tipo da adottarsi con decreto del Ministro della sanità entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, per quanto non disciplinato dalle disposizioni delle leggi 31 maggio 1965, n. 575, 13 settembre 1982, n. 646, e 23 dicembre 1982, n. 936.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

secondo quanto stabilito dalla vigente normativa. Nel caso di struttura monospecialistica la direzione è espletata dal direttore tecnico di branca. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sono determinati i parametri minimi necessari per quanto attiene alla dotazione di attrezzature e di personale, che deve essere prevalentemente sanitario, e alle caratteristiche organizzativo-strumentali cui devono conformarsi le istituzioni di cui al presente comma, anche per l'accesso al convenzionamento di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché gli ambulatori degli specialisti, anche per l'accesso al convenzionamento di cui all'articolo 48, terzo comma, numero 2), della stessa legge. Le regioni e le province autonome, in conformità a quanto disposto dalle proprie leggi di programmazione sanitaria, in relazione a quanto specificato al comma 1 del presente articolo, dispongono la stipula delle convenzioni di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, tenendo conto della tipologia e dell'inquadramento delle prestazioni da erogare nell'ambito delle strutture gestite da istituzioni sanitarie private di ricovero e cura e dei poliambulatori. Dovranno comunque essere tenute presenti le disposizioni delle leggi in vigore relative alla prevenzione della delinquenza di tipo mafioso.

5. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, detta norme per la istituzione su tutto il territorio nazionale del controllo di qualità sulla diagnostica strumentale e di laboratorio.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

3. Per quanto concerne le prestazioni connesse a tecnologie innovative, individuate dal Ministro della sanità e, in prima applicazione, con riferimento alla tomografia assiale computerizzata e alla risonanza magnetica nucleare, le regioni e le province autonome sono tenute a potenziare le strutture a gestione diretta considerando tra le priorità del piano straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, questo impegno e utilizzando allo scopo le relative disponibilità finanziarie. In caso di impossibilità per il Servizio sanitario nazionale di soddisfare le richieste dei cittadini attraverso le proprie strutture o quelle convenzionate entro i termini di cui all'articolo 19, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, da certificare sulla richiesta di prestazione, il cittadino può effettuare le prestazioni stesse presso strutture private non convenzionate, purchè in possesso delle prescritte autorizzazioni sanitarie e in questo caso i cittadini hanno diritto al rimborso di un importo pari alla tariffa della medesima prestazione convenzionata o, per le prestazioni non previste dalla convenzione, alla tariffa definita dal Ministro della sanità, al netto del *ticket*, dietro esibizione della ricevuta fiscale di avvenuto pagamento. Si applicano anche per questa modalità assistenziale le esenzioni dal pagamento del *ticket*. Gli esenti per reddito possono, se la struttura privata ne dichiara l'accettazione, delegare la stessa a riscuotere il rimborso spettante.

4. Il rapporto di lavoro del personale che opera nelle istituzioni private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale deve essere disciplinato da specifico contratto collettivo di lavoro.

5. Al fine di rendere effettiva ed operante la funzione della medicina generale nella

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

6. Per quanto concerne le prestazioni connesse a tecnologie innovative, individuate dal Ministro della sanità e, in prima applicazione, con riferimento alla tomografia assiale computerizzata, alla risonanza magnetica nucleare e alla tomografia di emissione (PET, SPET), le regioni e le province autonome sono tenute a potenziare le strutture pubbliche sia a gestione diretta che convenzionate obbligatoriamente, considerando questo impegno tra le priorità del piano straordinario di investimenti, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e utilizzando allo scopo le relative disponibilità finanziarie. In caso di impossibilità per il Servizio sanitario nazionale di soddisfare le richieste dei cittadini attraverso le proprie strutture o quelle convenzionate, entro i termini di cui all'articolo 19, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, da certificare sulla richiesta di prestazione, il cittadino può effettuare le prestazioni stesse presso strutture private non convenzionate, purchè in possesso delle prescritte autorizzazioni sanitarie; in questo caso i cittadini hanno diritto al rimborso di un importo pari alla tariffa della medesima prestazione convenzionata. Per le prestazioni non previste dalla convenzione il rimborso è pari alla tariffa definita dal Ministro della sanità, al netto della quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, dietro esibizione della ricevuta fiscale di avvenuto pagamento. Si applicano anche per questa modalità assistenziale le esenzioni dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti. Gli esenti per reddito possono, se la struttura privata ne dichiara l'accettazione, delegare la stessa a riscuotere il rimborso spettante.

7. *Identico.*

8. Gli accordi collettivi fissano i livelli di contrattazione decentrata. A modifica di

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

assistenza sanitaria di base e negli altri interventi di tutela della salute demandati al livello territoriale, gli accordi collettivi di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono prevedere, ad integrazione di quanto fissato dal terzo comma dello stesso articolo 48, norme rivolte a disciplinare:

a) la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale con i servizi e le attività degli altri livelli operativi del servizio sanitario;

b) le forme di partecipazione attiva al complesso delle funzioni demandate al livello distrettuale, anche con riguardo all'attuazione dei progetti-obiettivo e allo svolgimento di ricerche sanitarie territoriali;

c) gli *standards* strutturali e organizzativi degli studi in relazione agli obiettivi di qualificazione dell'assistenza e di agevolazione della fruizione delle prestazioni;

d) le forme di incentivazione in rapporto al programmato contenimento della spesa sanitaria, salvaguardando il livello di qualità dell'assistenza erogata e promuovendo azioni mirate alla qualità nei servizi;

e) le modalità di partecipazione alle rilevazioni del sistema informativo sanitario anche ai fini della partecipazione ai programmi di verifica e di promozione della qualità delle prestazioni;

f) la determinazione di un limite di età per la cessazione dal rapporto convenzionale, nonché l'entità del compenso per le visite occasionali.

(V., in diversa formulazione, la lettera f) del comma 5 del presente articolo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

quanto disposto dall'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono riservate alla contrattazione decentrata:

a) la definizione di norme volte ad assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale con i servizi e le attività degli altri livelli operativi del Servizio sanitario nazionale, al fine di razionalizzare il ricorso alle prestazioni;

b) le forme di partecipazione attiva al complesso delle funzioni demandate al livello distrettuale;

c) la determinazione di *standard* strutturali ed organizzativi degli studi medici ed ambulatori;

d) le forme di incentivazione in rapporto alla ottimizzazione e razionalizzazione delle spese sanitarie;

e) le modalità di partecipazione alle rilevazioni del sistema informativo sanitario anche ai fini di promozione della qualità delle prestazioni e della partecipazione ai programmi di verifica;

soppressa (collocata, in diversa formulazione, quale comma 9 del presente articolo)

f) l'aggiornamento professionale e la formazione permanente;

g) il miglior utilizzo delle strutture, attrezzature diagnostiche e complessi operatori da parte del personale dipendente.

9. Gli accordi collettivi nazionali devono prevedere, ad integrazione di quanto fissato dall'articolo 48, terzo comma, della legge

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 12.

(Personale dipendente)

1. Il rapporto di lavoro del personale dipendente dalle unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dagli istituti di cui all'articolo 8, comma 1, è regolato da accordi sindacali che ne disciplinano, fatto salvo quanto previsto dai decreti legislativi di cui al comma 5 del presente articolo, ed a decorrere dalla data di entrata in vigore degli stessi, gli istituti relativi agli aspetti normativi e retributivi, in deroga agli articoli 2, 3, 5, 9, 11, 12 e 15 della legge 29 marzo 1983, n. 93, e alle norme del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3.

2. A partire dalla data di entrata in vigore degli accordi sindacali previsti dal comma 1 cessano di avere efficacia le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

3. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro, il quale è incompatibile con altre attività o rapporti intercorrenti con strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, con esclusione delle prestazioni rese ai cittadini paganti in proprio. In sede di primo accordo di lavoro, stipulato ai sensi della presente legge, sono definite le modalità di attuazione delle incompatibilità.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

23 dicembre 1978, n. 833, norme volte a determinare:

a) il limite di età per l'instaurazione e la cessazione del rapporto convenzionale e le altre cause di modificazione e cessazione del rapporto, anche in riferimento a sopravvenuta accertata inabilità;

b) l'entità del compenso per visite e prestazioni occasionali.

Art. 12.

(Personale dipendente)

1. Il rapporto di lavoro del personale dipendente dalle aziende di servizi sanitari, dalle aziende ospedaliere e dagli istituti di cui all'articolo 8, comma 1, è regolato da accordi sindacali che ne disciplinano, fatto salvo quanto previsto dai decreti legislativi di cui al comma 5 del presente articolo, ed a decorrere dalla data di entrata in vigore degli stessi, gli istituti relativi agli aspetti normativi e retributivi, in deroga agli articoli 2, 3, 5, 9, 11, 12, 14 e 15 della legge 29 marzo 1983, n. 93, e alle norme del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3.

2. A partire dalla data di entrata in vigore degli accordi sindacali previsti dal comma 1, cessano di avere efficacia le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, fatte salve quelle di cui agli articoli 15, 25 e 26.

3. Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, salve le eventuali deroghe previste da speciali disposizioni di legge e con altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

4. In deroga alle vigenti disposizioni, per particolari comprovate esigenze di funzionalità e per l'attuazione dei progetti-obiettivo previsti dal piano sanitario nazionale, è consentito assumere personale dirigente in possesso di adeguata e specifica professionalità, con contratto individuale a termine di durata non superiore a quello del direttore generale, rinnovabile sino al conseguimento degli obiettivi del progetto o al superamento delle esigenze funzionali.

5. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, previa consultazione delle regioni, dell'ANCI, delle confederazioni sindacali e delle associazioni sindacali di categoria più rappresen-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

compartecipazione per almeno il 5 per cento delle quote o azioni di imprese che possano configurare conflitto di interessi con lo stesso. I decreti legislativi di cui al comma 5 individuano dette incompatibilità il cui accertamento compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, al direttore generale, al quale spetta altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. L'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici, degli odontoiatri e dei veterinari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale è compatibile con il rapporto di lavoro purchè espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture delle aziende o in strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Gli accordi sindacali di cui al comma 1 stabiliscono la suddivisione e la proporzionale ripartizione dei proventi dell'attività libero-professionale tra il personale appartenente all'*équipe* pluriprofessionale della struttura ove essa viene esercitata e nel caso in cui vi concorra direttamente con la propria attività professionale.

4. In deroga alle vigenti disposizioni, per particolari comprovate esigenze di funzionalità e per l'attuazione dei progetti-obiettivo previsti dal piano sanitario nazionale ed approvati dalle regioni o dalle province autonome è consentito assumere personale laureato in possesso di elevate e documentate professionalità ad alta specializzazione nei settori della programmazione, del controllo di gestione, dell'informatica applicata alla sanità e della statistica epidemiologica non presenti nei ruoli dell'azienda di servizi sanitari. L'assunzione è effettuata con contratto individuale a termine di durata non superiore a tre anni, non rinnovabile.

5. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, previa consultazione delle regioni, delle province autonome, degli organismi rappresentativi eventualmente costituiti a livello nazionale

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

tive, uno o più decreti legislativi che dettino i principi per la regolamentazione dei servizi, ivi compresi i reparti di degenza e cura, la strutturazione della dirigenza e le relative attribuzioni, il reclutamento e l'aggiornamento professionale del personale, le modalità di selezione e di preposizione alle funzioni di responsabilità, la sospensione e l'interruzione del rapporto di lavoro, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) i regolamenti di organizzazione delle strutture di cui al comma 1 devono rispondere a criteri di funzionalità, di snellezza e di flessibilità, garantendo la mobilità del personale all'interno delle strutture nel rispetto delle competenze professionali;

b) è individuata un'area funzionale della dirigenza articolata per ruoli: medico, amministrativo e dei professionisti laureati, da negoziare distintamente nel quadro della contrattazione collettiva, all'interno della quale trovino armonica applicazione il principio della responsabilità personale in relazione alle funzioni attribuite e l'esigenza di assicurare unitarietà nel governo dei presidi e dei servizi;

c) le procedure di reclutamento del personale sono dirette alla valutazione delle attitudini e delle conoscenze dei candidati mediante prove selettive, anche in deroga all'articolo 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56. Sono fatte salve le assunzioni dirette di cui al comma 4 del presente articolo;

d) l'aggiornamento professionale obbligatorio del personale è finalizzato alla

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

o regionale dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere, delle confederazioni sindacali e delle associazioni sindacali di categoria più rappresentative, uno o più decreti legislativi che dettino i principi per la regolamentazione dei servizi, ivi compresi i reparti di degenza e cura, la strutturazione della dirigenza e le relative attribuzioni, il reclutamento e l'aggiornamento professionale del personale, le modalità di selezione e di preposizione alle funzioni di responsabilità, la sospensione e l'interruzione del rapporto di lavoro nel rispetto dei seguenti principi vincolanti e criteri direttivi:

a) i regolamenti di organizzazione delle strutture di cui al comma 1 devono rispondere a criteri di funzionalità, di snellezza e di flessibilità, garantendo la mobilità del personale nell'ambito delle aziende di servizi sanitari o delle aziende ospedaliere e assicurando, per inderogabili necessità assistenziali, la possibilità al direttore sanitario di trasferire, con atto motivato, in servizio o presidio diverso da quello di assegnazione, il personale occorrente per soddisfare le esigenze funzionali delle attività di diagnosi e cura;

b) *identica*;

c) le procedure di reclutamento del personale sono dirette alla valutazione delle attitudini e delle conoscenze dei candidati mediante prove selettive, anche in deroga all'articolo 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56, fatte salve le assunzioni dirette di cui al comma 4 del presente articolo;

d) l'aggiornamento professionale obbligatorio del personale è finalizzato alla

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

preparazione tecnica specifica della funzione nonché agli obiettivi della programmazione sanitaria ed è collegato ad incentivi di natura giuridica ed economica da definire nell'ambito della contrattazione;

e) la dirigenza è articolata in due livelli. L'accesso al primo livello avviene per concorso riservato a coloro che abbiano conseguito la laurea nonché la specializzazione attinente al posto messo a concorso ovvero abbiano conseguito la laurea ed abbiano svolto per almeno cinque anni presso strutture pubbliche e, per i medici, presso strutture sanitarie pubbliche, una attività di tirocinio o di formazione comunque retribuita. L'accesso al secondo livello avviene previo avviso pubblico e comporta l'attribuzione, con incarico quinquennale rinnovabile previa periodica verifica del positivo espletamento dell'incarico da effettuarsi dagli organismi tecnici di seguito indicati, di funzioni apicali o di funzioni di coordinamento di strutture dipartimentali. I provvedimenti sono adottati dal direttore generale e sottoposti all'approvazione della giunta regionale; ad essi deve essere allegato l'obbligatorio preventivo parere di organismi tecnici composti da esperti esterni alla unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera, sorteggiati fra i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, aventi competenze professionali omogenee a quelle del dirigente da valutare. La preposizione a tutte le funzioni apicali presuppone il possesso di specifiche nuove idoneità, da acquisire mediante selezione nazionale per titoli ed esami, secondo modalità da individuare con il decreto legislativo e comporta l'assunzione delle funzioni di direzione e delle connesse responsabilità, con particolare riguardo agli aspetti attinenti all'impiego delle risorse umane, strumentali e finanziarie;

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

preparazione tecnica specifica della funzione, nonché agli obiettivi della programmazione sanitaria ed è collegato ad incentivi di natura giuridica ed economica da definire nell'ambito della contrattazione decentrata;

e) la dirigenza è articolata in due livelli. Al primo livello sono attribuite le funzioni di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile; al secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio. Per quanto riguarda l'attività sanitaria, spettano in particolare al dirigente appartenente al secondo livello gli indirizzi sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi clinici, diagnostici e terapeutici. Al primo livello della dirigenza si accede attraverso concorso pubblico per i posti disponibili riservato al personale che abbia conseguito la laurea ed abbia svolto per almeno cinque anni presso strutture o aziende pubbliche o private attività lavorativa o di tirocinio e formazione comunque retribuite corrispondenti alle funzioni del posto messo a concorso. I medici e il personale sanitario del ruolo dei professionisti laureati dovranno svolgere le anzidette attività presso idonee strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o private convenzionate, nella disciplina attinente al posto messo a concorso, ovvero essere in possesso della specializzazione in detta disciplina acquisita secondo la normativa vigente per i paesi della Comunità economica europea. Il tirocinio dei medici da adibire alle attività di medicina generale non specialistica - anche in convenzione - dovrà essere effettuato presso reparti o servizi di medicina e di chirurgia, di almeno tre specialità, con permanenza presso ciascuno di essi per un periodo non

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

f) all'attività di tirocinio e di formazione si accede mediante prova selettiva secondo le direttive della CEE in materia. Il numero complessivo dei medici da ammettere al tirocinio per ciascuna azienda sarà

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

inferiore a sei mesi. Al secondo livello può accedere il personale appartenente al primo livello da almeno cinque anni, che abbia superato apposito nuovo esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione, mediante l'espletamento di prove teoriche e pratiche. L'attribuzione del secondo livello dirigenziale e delle conseguenti funzioni di direzione di unità omogenee di servizio viene effettuata, previo specifico avviso pubblico, dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, previo parere di una commissione nominata dal direttore generale stesso e composta dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo, a seconda del ruolo da ricoprire, e da due esperti, di cui uno designato dalla regione o provincia autonoma tra i professori universitari ordinari nella disciplina omogenea per materia a quella del dirigente da valutare, e uno designato dal consiglio di amministrazione tra i dipendenti del Servizio sanitario nazionale aventi competenza professionale omogenea a quella del dirigente da valutare. Per il personale sanitario, il predetto dipendente è designato dal consiglio dei sanitari e deve essere in possesso di competenze professionali ed espletare funzioni di livello pari o equivalente a quello del dirigente da valutare. L'incarico di attribuzione ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo viene effettuato dal consiglio di amministrazione su proposta del direttore generale, il quale verifica il positivo espletamento dell'incarico. In caso di mancato rinnovo dell'incarico il consiglio di amministrazione adotta specifica motivata deliberazione su conforme proposta del direttore generale, il quale deve avvalersi del parere di una commissione composta secondo i criteri sopra stabiliti;

f) alle attività di formazione e tirocinio si accede mediante prove selettive secondo le direttive della Comunità economica europea in materia. Il numero complessivo dei medici e del restante personale del-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

determinato tenuto conto della programmazione regionale in relazione alle esigenze funzionali;

g) sono previste norme per le procedure di sospensione e di interruzione del rapporto di lavoro, secondo giusta causa, privilegiando il principio della salvaguardia della funzionalità dei servizi;

h) l'opzione per cessare dalla incompatibilità di cui al comma 3 va esercitata, in relazione a situazioni pregresse, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo. I rapporti di lavoro dei medici inquadrati ai sensi dell'articolo 110 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, e del decreto del Ministro della sanità 18 novembre 1987, n. 503, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 10 dicembre 1987, in essere alla data del 30 dicembre 1990, sono confermati ad esaurimento;

i) è prevista, per il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali, la possibilità di optare in prima applicazione della legge per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui alla lettera e), come definito in sede di primo accordo di lavoro stipulato ai sensi della presente legge, con trattamento economico differenziato.

6. Gli accordi nazionali sono stipulati tra la delegazione pubblica e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale della sanità e le organizzazio-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

l'area della dirigenza da ammettere per ciascuna azienda sarà determinato tenuto conto della programmazione regionale in relazione alle esigenze funzionali. Le modalità organizzative, i contenuti e la metodologia didattica del periodo di formazione specialistica verranno definite tenendo conto della normativa vigente in materia per i paesi della Comunità economica europea, nonché della necessità di garantire adeguati livelli di verifica della formazione acquisita;

g) la previsione di nuove norme per la responsabilità dei dipendenti, comprese quelle disciplinari, per le procedure di sospensione e d'interruzione del rapporto di lavoro, privilegiando la salvaguardia della funzionalità dei servizi. Il licenziamento del dipendente può avvenire per giusta causa o per giustificato motivo;

h) la previsione delle incompatibilità che configurano conflitto di interessi con il Servizio sanitario nazionale. Tali situazioni di incompatibilità e quelle di cui al comma 3 debbono cessare, in relazione a situazioni pregresse, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 5. I rapporti di lavoro dei medici inquadrati ai sensi dell'articolo 110 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, e del decreto del Ministro della sanità 18 novembre 1987, n. 503, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 10 dicembre 1987, in essere alla data del 30 dicembre 1990, sono confermati ad esaurimento.

soppressa

6. Gli accordi nazionali fissano i livelli della contrattazione decentrata. Sono riservati alla contrattazione decentrata, nel rispetto dei principi stabiliti dai decreti

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

ni sindacali maggiormente rappresentative dei settori dell'area dirigenziale di cui al comma 5, lettera *b*). Gli accordi nazionali fissano le materie di competenza ed i livelli della contrattazione decentrata, comprendendo in particolare la contrattazione relativa agli incentivi di produttività. Per il contratto nazionale la delegazione pubblica, istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è costituita dai Ministri della sanità, del tesoro e per la funzione pubblica o loro delegati, nonché da cinque direttori generali di unità sanitarie locali o di aziende ospedaliere e da cinque rappresentanti delle regioni e delle province autonome su proposta della Conferenza. La stessa delegazione è competente per la stipula degli accordi collettivi nazionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Gli accordi collettivi di lavoro e le convenzioni sono conclusi contestualmente nell'ambito delle compatibilità generali in coerenza con le linee della programmazione sanitaria nazionale. Le trattative per la conclusione del primo contratto collettivo e del primo rinnovo degli accordi convenzionali sono definite entro sei mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 5.

7. Fino alla data di entrata in vigore degli accordi sindacali di cui al comma 1 non possono essere fatte assunzioni a tempo definito secondo l'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nè essere accolte domande di passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno al rapporto di lavoro a tempo definito.

(V., in identica formulazione, il comma 4 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

legislativi di cui al comma 5, la disciplina e l'attuazione degli istituti concernenti gli incentivi di produttività, la formazione e l'aggiornamento professionale, la mobilità all'interno della regione, i carichi di lavoro, l'orario di lavoro nei limiti del supero dell'orario contrattuale. Per il contratto nazionale la delegazione pubblica, istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è costituita da cinque rappresentanti delle regioni e delle province autonome, da due presidenti e tre direttori generali di aziende di servizi sanitari o di aziende ospedaliere proposti dalla Conferenza, assistiti dai rappresentanti dei Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro e per la funzione pubblica. La stessa delegazione è competente per la stipula degli accordi collettivi nazionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Gli accordi collettivi di lavoro e le convenzioni sono conclusi contestualmente nell'ambito delle compatibilità generali in coerenza con le linee della programmazione sanitaria nazionale. Le trattative per la conclusione del primo contratto collettivo e del primo rinnovo degli accordi convenzionali sono definite entro sei mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 5.

7. *Identico.*

8. Fino alla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 5, i concorsi relativi al personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale, sono espletati secondo le norme in vigore.

9. Le disposizioni concernenti le modalità di assunzione del personale sanitario -profilo professionale medico, di cui al

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in diversa formulazione, il comma 15 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

8. I concorsi banditi dalle regioni, dalle province autonome e dalle unità sanitarie locali alla data di entrata in vigore della presente legge sono considerati validi a tutti gli effetti.

Art. 13.

(Regime dei controlli)

1. Nel Servizio sanitario nazionale è introdotto un sistema di verifiche a livello nazionale basato su indicatori di risultato e di qualità delle prestazioni. Con atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consi-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982, e successive modificazioni ed integrazioni, si estendono ai laureati in odontoiatria.

10. Fino all'adozione dei provvedimenti anche normativi previsti dall'articolo 116 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, restano fermi tutti gli effetti degli atti adottati entro il 31 dicembre 1989, ancorchè siano stati oggetto di autotutela, e relativi ai contenuti del suddetto articolo.

11. Gli specifici avvisi pubblici previsti dal presente articolo e dall'articolo 5, comma 2, lettere *g*) ed *h*), vengono predisposti secondo principi direttivi improntati a criteri di rigorosa verifica dei requisiti di professionalità degli interessati, di volta in volta individuati ed indicati nel provvedimento di indizione e non danno luogo a formazione di graduatoria.

12. Ai fini del necessario raccordo tra Servizio sanitario nazionale e formazione del relativo personale, i provvedimenti di cui all'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, riguardanti attività professionali attinenti al settore sanitario sono adottati di concerto con il Ministro della sanità.

Soppresso

Art. 13.

(Regime dei controlli)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 9 del presente articolo)

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

glio sanitario nazionale, sono stabiliti i moduli informativi del sistema nazionale di verifiche sulla base dei seguenti principi:

a) rilevazione sistematica dei dati relativi al personale, alle prestazioni extraospedaliere, ai ricoveri ospedalieri in funzione della casistica trattata, all'acquisto di beni e servizi e ai consumi per le analisi dell'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie e ai connessi oneri finanziari;

b) elaborazione di sintesi esplicative e comunicazione delle stesse agli interessati per fini di autovalutazione nonché alle commissioni professionali previste dai contratti e dalle convenzioni per la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni;

c) verifica annuale congiunta da parte dell'amministrazione centrale e delle singole regioni o province autonome della variabilità relativa dei principali indicatori di risultato in funzione della definizione concordata di piani di intervento per riportare i valori stessi entro livelli di accettabilità, al cui conseguimento legare la concessione degli incentivi di produttività per progetti finalizzati. I piani sono attuati con il concorso degli ispettorati regionali e dei nuclei di intervento di cui all'articolo 4 della legge 1° febbraio 1989, n. 37. A tal fine il personale addetto viene specializzato in tecniche di analisi e di revisione organizzativa. Per gli scopi anzidetti quote adeguate del fondo sanitario interregionale sono destinate al potenziamento del sistema informativo gestionale delle singole unità sanitarie locali e aziende ospedaliere.

2. Data la funzione di servizio pubblico del sistema informativo sanitario, le attività di realizzazione del medesimo possono essere affidate in concessione a società specializzate, in coerenza con quanto previsto all'articolo 10.

3. Gli atti dei consigli di amministrazione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono sottoposti al controllo della giunta regionale o provinciale delle province autonome di Trento e di Bolzano.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in identica formulazione, quale comma 10 del presente articolo).

1. Gli atti dei consigli di amministrazione delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere sono sottoposti al controllo della giunta regionale o della provincia autonoma.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Gli atti del direttore generale che abbiano ad oggetto la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa del personale, l'inquadramento e la preposizione alle funzioni apicali, l'approvazione di programmi di spesa poliennali ovvero l'acquisto di beni o servizi comportanti una spesa superiore al 5 per cento del complesso degli stanziamenti del bilancio di previsione riferiti a tale funzione di spesa sono sottoposti al controllo preventivo di legittimità da parte del comitato regionale di controllo di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142. Tutti gli altri atti del direttore generale si intendono esecutivi decorsi quindici giorni dalla data di trasmissione al collegio dei revisori senza che l'organo abbia chiesto il riesame dell'atto. Gli atti approvati dalla giunta regionale e dal comitato regionale di controllo diventano definitivi senza ulteriori riscontri, e comunque trascorsi venti giorni dalla data di ricezione. È abrogato il primo comma dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181.

4. Le regioni, le province autonome, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere effettuano il controllo di gestione anche mediante società specializzate di revisione.

5. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere garantiscono annualmente lo svolgimento di programmi di verifica e revisione della qualità tecnico-scientifica ed umana dell'attività assistenziale, ad opera di apposite commissioni professionali.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

2. Al controllo di cui al comma 1 sono sottoposti gli atti del direttore generale concernenti la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale e la deliberazione di programmi di spese pluriennali.

3. Tutti gli atti del direttore generale sono esecutivi e vanno trasmessi per elenco al collegio dei revisori il quale, entro i cinque giorni successivi alla trasmissione, può richiederne copia per l'esame a campione. Detto elenco è pubblicato nell'albo dell'azienda. Qualora il collegio dei revisori riscontri motivi di illegittimità od inopportunità degli atti esaminati, può richiederne, entro dieci giorni dal ricevimento, il riesame da parte del direttore generale il quale, in caso di conferma, deve adottare specifica motivazione in ordine ai rilievi sollevati, dandone comunicazione al collegio stesso. Avverso tutti gli atti del direttore generale è ammesso ricorso, entro venti giorni dalla pubblicazione dell'elenco, alla giunta regionale o della provincia autonoma che può sospendere l'esecutività. In caso di mancata decisione del ricorso entro trenta giorni dal suo ricevimento, questo si intende respinto.

4. Gli atti sottoposti all'approvazione della giunta regionale o della provincia autonoma diventano esecutivi senza ulteriore riscontro e comunque trascorsi venti giorni dalla data di ricezione. È abrogato il primo comma dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181.

5. Le regioni, le province autonome, le aziende di servizi sanitari e le aziende ospedaliere effettuano il controllo di gestione anche mediante società specializzate di revisione.

Soppresso

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Le verifiche compiute devono assicurare la riservatezza sulla attività dei singoli operatori professionali. Devono essere rese pubbliche le risultanze relative alla attività assistenziale.

6. Il Ministro della sanità riferisce sullo svolgimento e sui risultati dei controlli di gestione in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese.

7. In caso di inottemperanza delle unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni derivanti da atti di indirizzo e coordinamento, le regioni e le province autonome, previa diffida, adottano attraverso i comitati regionali di controllo i provvedimenti necessari anche mediante l'invio di appositi commissari. In caso di inottemperanza delle regioni, delle province autonome e delle città metropolitane agli obblighi imposti dalla presente legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

8. Qualora ricorrano gravi motivi o la gestione di una unità sanitaria locale o di una azienda ospedaliera presenti una situazione di grave disavanzo per due esercizi consecutivi, con decreto del presidente della giunta regionale, sentito il consiglio di amministrazione, si può procedere allo scioglimento del consiglio di amministrazione, alla revoca del direttore generale e alla nomina di un commissario straordinario.

(V., in diversa formulazione, il comma 1 del presente articolo)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in identica formulazione, quale comma 11 del presente articolo)

6. In caso di inottemperanza delle aziende di servizi sanitari o delle aziende ospedaliere ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni derivanti da atti di indirizzo e coordinamento, le regioni e le province autonome, previa diffida, adottano attraverso i comitati regionali di controllo i provvedimenti necessari anche mediante l'invio di appositi commissari. In caso di inottemperanza delle regioni, delle province autonome e delle città metropolitane agli obblighi imposti dalla presente legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. Qualora ricorrano gravi motivi o la gestione di una azienda di servizi sanitari o di una azienda ospedaliera presenti una situazione di grave disavanzo per due esercizi consecutivi, il presidente della giunta regionale o della provincia autonoma, con proprio decreto, procede allo scioglimento del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori, alla revoca del direttore generale e alla nomina di un commissario straordinario.

8. Le disposizioni di cui ai commi da 1 a 7 si estendono, in quanto applicabili, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico i cui atti sono sottoposti al controllo del Ministero della sanità.

9. Nel Servizio sanitario nazionale è introdotto un sistema di verifiche a livello nazionale basato su indicatori di risultato e di qualità delle prestazioni. Con atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabilite le modalità di funzionamento di tale sistema, sulla base dei seguenti principi:

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(V., in identica formulazione, il comma 2 del presente articolo)

(V., in identica formulazione, il comma 6 del presente articolo)

Art. 14.

(Gestione del patrimonio)

1. I beni immobili e patrimoniali che alla data di entrata in vigore della presente legge sono destinati all'esercizio delle attività istituzionali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono trasferiti, insieme agli eventuali gravami passivi, al patrimonio del soggetto istituzionale che esercita l'attività.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

a) rilevazione sistematica dei dati relativi al personale, alle prestazioni extraospedaliere, alle attività dei medici di medicina generale, anche mediante l'automazione, ai ricoveri ospedalieri in funzione della casistica trattata, all'acquisto di beni e servizi, ai consumi e ai pagamenti per le analisi dell'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie nonché ai connessi oneri finanziari;

b) elaborazione di sintesi esplicative e comunicazione delle stesse agli interessati per fini di autovalutazione nonché alle commissioni professionali previste dai contratti e dalle convenzioni per la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni;

c) verifica annuale congiunta da parte dell'amministrazione centrale e delle singole regioni o province autonome della variabilità relativa dei principali indicatori di risultato in funzione della definizione concordata di piani di intervento per riportare i valori stessi entro livelli di accettabilità.

10. Data la funzione di servizio pubblico del sistema informativo sanitario, le attività di realizzazione del medesimo possono essere affidate in concessione a società specializzate, in coerenza con quanto previsto all'articolo 10.

11. Il Ministro della sanità riferisce sullo svolgimento e sui risultati dei controlli di gestione in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del paese.

Art. 14.

(Gestione del patrimonio)

1. I beni immobili e patrimoniali che, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono destinati all'esercizio delle attività istituzionali delle aziende di servizi sanitari e delle aziende ospedaliere sono trasferiti, insieme agli eventuali gravami passivi, al patrimonio del soggetto istituzionale che esercita l'attività.

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

2. I beni immobili e patrimoniali diversi da quelli indicati al comma 1, pervenuti agli enti locali per effetto di scorpori o soppressione di enti ai sensi della lettera *a*) del terzo comma dell'articolo 61, del primo comma dell'articolo 65, come sostituito dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, e delle lettere *a*) e *b*) del primo comma dell'articolo 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trasferiti alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere nel rispetto dei titoli originari di proprietà e sono amministrati dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere stesse, sulla base di atti di indirizzo emanati dalla giunta regionale, rispettando gli eventuali vincoli di scopo e di destinazione degli utili secondo gli atti originari di acquisizione.

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, che abbiano ad oggetto beni immobili con la specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali. La stipula dell'atto è effettuata dall'ufficiale rogante all'uopo nominato dal direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera senza spese a carico del donante. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno facoltà di assumere provvisoriamente, prima dell'accettazione, gli oneri della custodia, conservazione e manutenzione dei beni di cui al comma 1, fatta salva, in caso di mancato perfezionamento della donazione, la rivalsa nei confronti degli obbligati. I beni oggetto della donazione non possono essere destinati a scopi diversi da quelli indicati nell'atto di donazione.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

2. I beni immobili e patrimoniali diversi da quelli indicati al comma 1, pervenuti agli enti locali per effetto di scorpori o soppressione di enti ai sensi dell'articolo 61, terzo comma, lettera *a*), dell'articolo 65, primo comma - come sostituito dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 - e dell'articolo 66, primo comma, lettere *a*) e *b*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trasferiti alle aziende di servizi sanitari e alle aziende ospedaliere nel rispetto dei titoli originari di proprietà e sono amministrati dalle aziende di servizi sanitari e dalle aziende ospedaliere stesse, sulla base di atti di indirizzo emanati dalla giunta regionale o della provincia autonoma, rispettando gli eventuali vincoli di scopo e di destinazione degli utili secondo gli atti originari di acquisizione.

Soppresso

3. I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con decreto del Presidente della giunta regionale o della provincia autonoma. Tale decreto costitui-

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 15.

(Partecipazione e diritti dei cittadini)

1. Al fine di realizzare la personalizzazione e l'umanizzazione dei servizi sanitari, costituiscono obbligo per il Servizio sanitario nazionale:

a) l'attivazione di un efficace sistema di informazione al pubblico;

b) l'adozione del sistema della prenotazione oraria;

c) la garanzia per i cittadini di poter comunicare con gli amministratori e con i funzionari competenti per materia;

d) la costituzione di comitati per la tutela dei diritti dei cittadini;

e) la definizione, anche mediante l'armonizzazione di quelle adottate in sede locale, di carte dei diritti del cittadino malato.

2. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti i criteri per l'attuazione del comma 1 per rendere effettive e concrete le garanzie previste dalle normative vigenti in favore dei cittadini e dei malati.

3. Nel quadro della tutela dei diritti del cittadino malato, il divieto di fumare previsto dalla legge 11 novembre 1975, n. 584, è esteso a tutti gli ambienti delle strutture sanitarie pubbliche e private.

4. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'applicazione dei principi enunciati al comma 1.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sce titolo per la trascrizione nei registri immobiliari, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

Art. 15.

(Partecipazione e diritti dei cittadini)

1. *Identico:*

a) *identica;*

b) l'adozione del sistema della prenotazione oraria e il controllo delle liste d'attesa, nel rispetto della riservatezza per l'utente;

c) *identica;*

d) *identica;*

e) *identica.*

2. *Identico.*

3. *Identico.*

4. *Identico.*

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

Art. 16.

(Misure diverse connesse alla manovra finanziaria)

1. Con atto di indirizzo e coordinamento da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono stabiliti gli indirizzi ai quali le regioni e le province autonome devono uniformarsi nel processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri, in attuazione del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, nonché nel processo di riorganizzazione dei servizi territoriali e di integrazione degli stessi con i servizi ospedalieri. L'atto di indirizzo e coordinamento deve uniformarsi ai seguenti principi:

a) promuovere ed agevolare il processo di riequilibrio territoriale nelle dotazioni strutturali, strumentali e di personale al fine di garantire l'uniformità di accesso e contenere le attese e la mobilità sanitaria ospedaliera;

b) eliminare le situazioni di diseconomia, rappresentate da eccesso di posti letto non utilizzati o dalla presenza di presidi che uniscono ad una diseconomia di scala un modesto livello tecnologico, anche attraverso la chiusura o la riconversione degli ospedali che non raggiungono lo *standard* minimo di 120 posti letto;

c) prevedere, in caso di pluralità di stabilimenti ospedalieri con più di 120 posti letto ciascuno, ubicati nel territorio della unità sanitaria locale, la unificazione solo funzionale degli stessi in un unico presidio ospedaliero con l'esercizio unificato delle funzioni di direzione;

d) accrescere la produttività dei servizi diagnostici, delle attrezzature tecnologiche ad alto costo e dei complessi operatori, data la loro diretta influenza sulla durata delle degenze ospedaliere;

e) potenziare le attività di degenza a ciclo diurno, le forme di assistenza domici-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 16.

(Federazioni regionali degli Ordini)

Soppresso *(Collocato, in diversa formulazione, quale comma 9 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione)*

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

liare integrata e di spedalità domiciliare quali modalità idonee a mantenere i cittadini nell'ambito della famiglia, riducendo nel contempo il ricorso alle strutture ospedaliere di degenza, particolarmente per quanto concerne le fasce degli anziani lungodegenti;

f) promuovere forme di integrazione dipartimentale entro l'ospedale e con i servizi territoriali allo scopo di garantire la continuità assistenziale e l'organicità degli interventi a tutela della salute dei cittadini, coinvolgendo tutte le competenze professionali opportune;

g) promuovere forme di controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate come metodo ordinario di perfezionamento progressivo del sistema e come modalità di coinvolgimento professionale degli operatori, con priorità per i processi innovativi che non comportano aumento dei costi;

h) sviluppare le misure di riorganizzazione della rete ospedaliera raccordandole unitariamente al processo di programmazione generale dei servizi, in coerenza con le indicazioni del piano sanitario nazionale e del piano sanitario regionale, dato il carattere unitario del processo di tutela della salute della popolazione;

i) promuovere la riorganizzazione dei servizi extraospedalieri e dei distretti sanitari, al fine di razionalizzare gli interventi socio-sanitari finalizzati alla assistenza sanitaria di base, fissando gli *standards* di personale per la conseguente riarticolazione delle piante organiche delle unità sanitarie locali;

l) fissare termini perentori perchè sia garantito il sollecito e definito compimento dei provvedimenti di attuazione, alla cui disapplicazione ingiustificata collegare le ordinarie misure sostitutive previste dalle leggi vigenti;

m) organizzare e coordinare, secondo il modello dipartimentale, le strutture e il personale delle funzioni ospedaliere e territoriali dell'emergenza sanitaria assicuran-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

do, per i servizi territoriali, l'impiego prioritario di medici titolari di incarico di guardia medica che abbiano superato apposito corso formativo.

2. Gli *standards* di personale stabiliti dal decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988, sono determinati sulla base della riorganizzazione della rete ospedaliera come prevista dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 1. L'adeguamento delle situazioni in atto agli *standards* è realizzato progressivamente, tenendo conto dei ridimensionamenti in diminuzione e in aumento dei posti letto, della chiusura o della conversione degli ospedali di dimensioni inferiori a quelle minime consentite, del ricambio annuale del personale che cessa dal servizio e dello stato di realizzazione delle nuove opere, secondo programmi quinquennali di adeguamento, definiti dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, sentita la Conferenza.

3. All'interno di tutti gli ospedali e delle strutture ambulatoriali a gestione diretta e convenzionati obbligatoriamente sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e una quota non superiore al 10 per cento dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento; in caso di mancata possibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti dalle unità sanitarie locali o dalle aziende ospedaliere mediante convenzioni con case di cura o altre istituzioni di ricovero, dandone notizia alla regione o provincia autonoma e all'amministrazione centrale. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche in diretta gestione. Le regioni e le province autonome provvedono a dare attuazione al presente comma entro il termine perentorio di quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso (*Collocato, in diversa formulazione, quale comma 11 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso (*Collocato, in diversa formulazione, quale comma 8 dell'articolo 7 del testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

legge; ove le regioni e le province autonome non provvedano nei predetti termini, provvede il Ministro della sanità su segnalazione del commissario del Governo.

4. Le disposizioni concernenti le modalità di assunzione del personale sanitario - profilo professionale medico, di cui al decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982, e successive modificazioni ed integrazioni, si estendono ai laureati in odontoiatria.

5. A decorrere dall'esercizio finanziario 1991 le somme di cui alle lettere *b*), *c*) ed *e*) del primo comma dell'articolo 69 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trattenute dalle unità sanitarie locali, dalle regioni e dalle province autonome e sono totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente.

6. Per le esigenze dei servizi sociali del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità sono istituiti appositi capitoli nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

7. L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale e dipende dal Ministro della sanità. L'Istituto, nel rispetto delle finalità istituzionali previste dall'articolo 9 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è dotato di autonomia scientifica, organizzativa, finanziaria e contabile, come previsto per gli enti e le istituzioni pubbliche nazionali di ricerca a carattere non strumentale di cui alla legge 9 maggio 1989, n. 168. In accordo con i principi suddetti, il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo in sostituzione della legge 7 agosto 1973, n. 519.

8. L'Istituto superiore di sanità è autorizzato, in deroga alle disposizioni contenute nel decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155, e in attesa della riorganizzazione prevista dal comma 7, ad

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso (*Collocato, in identica formulazione, quale comma 9 dell'articolo 12 del testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso (*Collocato, in diversa formulazione, quale comma 4 dell'articolo 3 del testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso

Soppresso (*Collocato, in diversa formulazione, quale comma 1 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione*)

(*Cfr. il comma 2 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso (*Collocato, in diversa formulazione, quale comma 6 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

effettuare gestioni fuori bilancio, ai sensi della legge 7 agosto 1973, n. 519.

9. L'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro possono ricevere contributi da privati per lo svolgimento ed il coordinamento di programmi di ricerca a carattere nazionale e internazionale rientranti nei propri fini istituzionali, ovvero ricevere contributi straordinari per lo svolgimento della propria attività istituzionale alla cui promozione il soggetto erogante sia interessato.

10. Sono istituite le federazioni regionali degli ordini e le sezioni regionali degli ordini nazionali di cui all'articolo 1, comma 6, e dei collegi delle altre professioni sanitarie. Esse esprimono pareri alle regioni in materia di programmazione sanitaria e di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello regionale. Svolgono altresì i compiti ad esse affidati dalle norme di legge, dai contratti e dalle convenzioni nazionali. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per disciplinare la costituzione, i compiti ed il funzionamento delle federazioni e sezioni regionali medesime nel rispetto dei seguenti criteri:

a) disciplina dei rapporti funzionali ed istituzionali con gli ordini provinciali e quelli nazionali;

b) regolamentazione della nomina degli organi di gestione delle federazioni e delle sezioni regionali identificabili in un consiglio regionale e in un comitato direttivo, nonchè della durata degli organi per un periodo non superiore a cinque anni, a cui uniformare la durata degli organi degli ordini provinciali e nazionali;

c) applicazione al personale dipendente, ivi compreso quello degli ordini, dei collegi e delle relative federazioni naziona-

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale comma 5 dell'articolo 17 del testo proposto dalla Commissione)

1. Sono istituite le Federazioni regionali degli Ordini e le sezioni regionali degli Ordini nazionali di cui all'articolo 1, comma 7, e dei Collegi delle altre professioni sanitarie. Esse esprimono pareri alle regioni in materia di programmazione sanitaria e di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello regionale nelle forme e con le modalità stabilite con legge regionale. Svolgono altresì i compiti ad esse affidati dalle norme di legge, dai contratti e dalle convenzioni nazionali. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per disciplinare la costituzione, i compiti ed il funzionamento delle Federazioni e delle sezioni regionali degli Ordini e dei Collegi nel rispetto dei seguenti criteri:

a) *identica*;

b) regolamentazione della nomina e della durata, comunque non superiore a cinque anni, degli organi delle Federazioni e delle sezioni regionali, identificabili in un consiglio regionale ed in un comitato direttivo, nonchè degli Ordini e dei Collegi a livello nazionale e provinciale, i cui organi dovranno avere durata analoga a quella dei predetti organi delle Federazioni e delle sezioni regionali;

c) applicazione al personale dipendente, ivi compreso quello degli Ordini, dei Collegi e delle relative Federazioni naziona-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

li, dei principi di cui all'articolo 12 della presente legge in quanto compatibili.

11. Il Governo è delegato ad adottare, entro il medesimo termine di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi, per disciplinare i meccanismi elettorali delle federazioni, sezioni e collegi, secondo principi tendenti ad assicurare il pieno assolvimento delle finalità istituzionali degli stessi ordini e collegi, nonché la salvaguardia della rappresentanza delle minoranze ed il diritto all'elettorato attivo e passivo di tutti gli iscritti ai relativi albi.

(V., in diversa formulazione, il comma 7 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

12. Il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per riordinare funzioni e attribuzioni e definire la conseguente organizzazione del Ministero della sanità, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare il coordinamento delle diverse funzioni del Ministero attraverso

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

li, dei principi di cui all'articolo 12, in quanto compatibili.

2. Il Governo è delegato ad adottare, entro il termine di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi, per disciplinare i meccanismi elettorali delle Federazioni, sezioni, Ordini e Collegi, secondo principi tendenti ad assicurare il pieno assolvimento delle finalità istituzionali degli stessi Ordini e Collegi, nonché la salvaguardia della rappresentanza delle minoranze ed il diritto all'elettorato attivo e passivo di tutti gli iscritti ai relativi albi.

Art. 17.

(*Riordino del Ministero della sanità, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro*)

1. L'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, di seguito denominati «Istituti superiori», sono organi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e dipendono dal Ministro della sanità. Gli Istituti superiori sono dotati di autonomia scientifica, organizzativa, finanziaria e contabile, come previsto per gli enti e le istituzioni pubbliche nazionali di ricerca a carattere non strumentale di cui alla legge 9 maggio 1989, n. 168.

2. Il Governo è delegato ad adottare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per riordinare funzioni e attribuzioni e definire la conseguente organizzazione del Ministero della sanità e degli Istituti superiori, in sostituzione anche della legge 7 agosto 1973, n. 519, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare il coordinamento delle diverse funzioni del Ministero attraverso

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

modelli dipartimentali, al fine di garantire il più efficace esercizio dei compiti di indirizzo, di programmazione, di informazione e di controllo, ivi compresi quelli derivanti dall'articolo 12 e quelli finalizzati alle attività di prevenzione di cui all'articolo 9, nonché quelli necessari per rendere effettive le garanzie previste dall'articolo 15, comma 1, istituendo un ufficio con compiti di indirizzo e coordinamento del settore con previsione di forme stabili di consultazione e di collegamento operativo con le regioni;

b) rideterminare l'assetto strutturale degli istituti superiori in modo da assicurare il coordinamento di tipo dipartimentale con i servizi e i presidi multizonali di prevenzione di cui all'articolo 9, prevedendo l'applicazione delle norme contenute nella legge 25 novembre 1971, n. 1041, per la gestione dei fondi che affluiscono ai predetti istituti; assicurare il coordinamento delle attività del Ministero e il collegamento con gli istituti superiori, gli organi collegiali di consulenza ed i comandi dei carabinieri destinati alle attività di interesse sanitario;

c) rideterminare la dotazione organica dei posti dirigenziali del Ministero e degli istituti superiori, prevedendo modalità straordinarie di accesso alle qualifiche dirigenziali, anche in deroga alla normativa vigente, nonché la dotazione organica complessiva del personale del Ministero e degli istituti superiori appartenente alle qualifiche funzionali contenendole in stretto rapporto con il mutato assetto organizzativo, individuando altresì le categorie di dipendenti ai quali, nell'esercizio delle loro funzioni, è attribuita la qualifica di ufficiale o agente di polizia giudiziaria, ai sensi

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

modelli dipartimentali, al fine di garantire il più efficace esercizio dei compiti di indirizzo, di programmazione, di informazione e di controllo, ivi compresi quelli derivanti dall'articolo 7 e quelli finalizzati alle attività di prevenzione di cui all'articolo 9, nonché quelli necessari per rendere effettive le garanzie previste dall'articolo 15, comma 1, istituendo un ufficio con compiti di indirizzo e coordinamento del settore con previsione di forme stabili di consultazione e di collegamento operativo con le regioni e le province autonome;

b) rideterminare l'assetto strutturale degli Istituti superiori in modo da assicurare il coordinamento di tipo dipartimentale con i servizi ed i presidi multizonali di prevenzione di cui all'articolo 9, prevedendo l'applicazione delle norme contenute nella legge 25 novembre 1971, n. 1041, per la gestione dei fondi che affluiscono ai predetti Istituti; assicurare il coordinamento delle attività del Ministero ed il collegamento con gli Istituti superiori, gli organi collegiali di consulenza ed i Comandi dei carabinieri posti alle dipendenze funzionali del Ministro della sanità e utilizzati dallo stesso in via prioritaria per scopi di interesse sanitario; prevedere per l'Istituto superiore di sanità, l'istituzione di sedi decentrate sul territorio nazionale, con particolare riguardo alle regioni del Mezzogiorno, anche con riferimento a quanto disposto dall'articolo 2;

c) *identica*;

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

dell'articolo 57, comma 3, del codice di procedura penale;

d) rideterminare le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore di sanità con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

e) istituire presso il Ministero della sanità la direzione generale per le relazioni sindacali ed i rapporti di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, per far fronte alle nuove esigenze in materia di contrattazione derivanti dagli adempimenti previsti dall'articolo 12.

13. In relazione alla maggiore attività derivante dalla notevole carenza di organico e dalla molteplicità dei compiti istituzionali connessi alla riorganizzazione dei servizi sanitari, è istituito, in favore del personale del Ministero della sanità, ivi compreso il personale comandato presso il Ministero stesso, un fondo di incentivazione da iscrivere in apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità. La determinazione dell'onere derivante dall'attuazione del presente comma è demandata, annualmente, alla legge finanziaria.

14. Ai medici, ai farmacisti e ai veterinari dipendenti dal Ministero della sanità, dalle regioni e dalle province autonome, si applicano gli istituti economici complessivi previsti per i medici, per i farmacisti e per i

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

d) *identica*;

soppressa

e) prevedere per i medici, i veterinari, i farmacisti, i biologi ed i chimici dipendenti del Ministero della sanità l'istituzione di una indennità onnicomprensiva nella misura variabile occorrente per equiparare il trattamento economico complessivo degli stessi a quello dei medici, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi e dei chimici dipendenti del Servizio sanitario nazionale di equivalenti funzioni ed anzianità, stabilendo la relativa tabella di equiparazione.

3. In relazione alla maggiore attività derivante dalla notevole carenza di organico e dalla molteplicità dei compiti istituzionali connessi alla riorganizzazione dei servizi sanitari è istituito, in favore del personale del Ministero della sanità, ivi compreso il personale comandato presso il Ministero stesso, un fondo di incentivazione da iscrivere in apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità. La rideterminazione dell'onere derivante dall'attuazione del presente comma è demandata, annualmente, alla legge finanziaria.

Soppresso (Collocato, in diversa formulazione, quale lettera e) del comma 2 del presente articolo 12)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

veterinari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale.

15. Fino all'adozione dei provvedimenti anche normativi previsti dall'articolo 116 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, restano fermi tutti gli effetti degli atti adottati entro il 31 dicembre 1987, ancorchè siano stati oggetto di autotutela, e relativi ai contenuti del suddetto articolo.

(V., in diversa formulazione, il comma 9 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

(V., in diversa formulazione, il comma 8 dell'articolo 16 del testo approvato dalla Camera)

Art. 17.

(Piano sanitario nazionale 1990-1994)

1. La ripartizione del finanziamento della prima annualità del piano sanitario nazionale, la cui durata viene fissata in cinque anni a decorrere dal 1990, è effettuata con le modalità previste per la ripartizione del fondo sanitario nazionale, sulle quote a destinazione vincolata all'uopo accantonate, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso (*Collocato, in diversa formulazione, quale comma 10 dell'articolo 12 del testo proposto dalla Commissione*)

4. Il Ministero della sanità è autorizzato a procedere al comando presso di sé di medici, veterinari, farmacisti, chimici, infermieri dipendenti del Servizio sanitario nazionale entro i limiti delle vacanze dei rispettivi ruoli del Ministero stesso.

5. Gli Istituti superiori possono ricevere contributi privati per lo svolgimento ed il coordinamento di programmi di ricerca a carattere nazionale e internazionale rientranti nei propri fini istituzionali ovvero ricevere contributi straordinari per lo svolgimento della propria attività istituzionale alla cui promozione il soggetto erogante sia interessato per fini diversi da quelli di lucro. I contributi non possono riguardare attività che comunque contrastino con i compiti istituzionali degli enti stessi.

6. Gli Istituti superiori sono autorizzati, in deroga alle disposizioni contenute nel decreto-legge 2 marzo 1989, n. 65, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 1989, n. 155, ad effettuare gestioni fuori bilancio, in attesa della riorganizzazione prevista al comma 2.

Art. 18.

(Piano sanitario nazionale)

1. Al finanziamento dei progetti-obiettivo e delle azioni programmate del piano sanitario nazionale, la cui durata viene fissata in cinque anni a decorrere dal 1991, le regioni e le province autonome provvedono, per la parte in conto capitale, mediante utilizzazione dei finanziamenti derivanti dall'applicazione delle disposizio-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109.

Art. 18.

(Applicazione delle norme sulle autonomie locali)

1. Le norme della presente legge si applicano nell'ambito dei principi della legge 8 giugno 1990, n. 142, e ad essa si fa espresso riferimento per quanto attinente e non previsto.

Art. 19.

(Disposizioni di attuazione)

1. Nei casi di inosservanza da parte della regione o della provincia autonoma dei termini perentori indicati nella presente legge la quota del fondo sanitario interregionale è trasferita alla regione o alla provincia autonoma in misura uguale alla corrispondente quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita per l'esercizio 1990.

2. Decorsi i termini di cui al comma 1 senza che siano stati adottati da parte della regione o della provincia autonoma i provvedimenti necessari per la trasformazione delle unità sanitarie locali, la costitu-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

ni di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, o con quote vincolate del finanziamento in conto capitale del Fondo sanitario interregionale, comprese le regioni a statuto speciale, e per la parte corrente vincolando specifiche quote del Fondo sanitario interregionale. A tale scopo esse utilizzano anche parte dell'accantonamento del 4 per cento del Fondo di riserva previsto dalla normativa vigente nonché risorse rese disponibili da economie di gestione o derivanti dall'incremento di produttività dei servizi delle aziende di servizi sanitari oppure con eventuali finanziamenti specifici per programmi disposti da leggi di settore o da apposite norme di legge finanziaria.

Art. 19.

(Applicazione delle norme sulle autonomie locali)

Identico.

Art. 20.

(Disposizioni di attuazione)

1. *Identico.*

2. Decorsi i termini di cui al comma 1 senza che siano stati adottati da parte della regione o della provincia autonoma i provvedimenti necessari per la trasformazione delle aziende di servizi sanitari, la costitu-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

zione delle aziende ospedaliere e la riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione, decadono tutti gli organi di amministrazione delle unità sanitarie locali. La regione o la provincia autonoma nomina commissari straordinari che provvedono alla gestione delle unità sanitarie locali sino all'insediamento degli organi previsti dalla presente legge. In caso di inerzia delle regioni o delle province autonome, decorsi sessanta giorni, i commissari straordinari sono nominati dal Ministro della sanità su segnalazione del commissario del Governo. Nello stesso termine il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge.

3. Le province autonome di Trento e di Bolzano attuano, negli ambiti territoriali di competenza, le disposizioni della presente legge in quanto compatibili con gli ordinamenti statutari.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

zione delle aziende ospedaliere e la riorganizzazione dei servizi multizonali di prevenzione, decadono tutti gli organi di amministrazione delle aziende di servizi sanitari. La regione o la provincia autonoma nomina commissari straordinari che provvedono alla gestione delle aziende di servizi sanitari sino all'insediamento degli organi previsti dalla presente legge. In caso di inerzia delle regioni o delle province autonome, decorsi sessanta giorni, i commissari straordinari sono nominati dal Ministro della sanità su segnalazione del commissario di Governo. Nello stesso termine il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge.

3. *Identico.*

Art. 21.

(Norme finali e transitorie)

1. Il primo periodo dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, come sostituito dall'articolo 4 della legge 14 marzo 1968, n. 203, è sostituito dal seguente: «In seno al Consiglio superiore di sanità è istituita una segreteria generale diretta dal segretario generale del Consiglio superiore di sanità con qualifica di dirigente generale».

2. Il Ministero della sanità è autorizzato a bandire concorsi e a procedere alle relative assunzioni per la copertura di tutti i posti vacanti negli organici alla data di entrata in vigore della presente legge. Per la copertura dei posti previsti negli organigrammi tipo degli uffici periferici del Ministero della sanità di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 614, e successive modificazioni, i concorsi sono banditi su base regionale. Il Ministero della

(Segue: Testo approvato dalla Camera dei deputati)

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

sanità è, altresì, autorizzato, in deroga all'articolo 2 della legge 29 dicembre 1988, n. 554, e successive modificazioni, ad utilizzare le graduatorie degli idonei, approvate nel quadriennio 1986-1990. Per la copertura dei posti disponibili nelle qualifiche iniziali il Ministero della sanità può bandire concorsi speciali con le modalità di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 giugno 1986, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1986, n. 462. È abrogato il comma 3 dell'articolo 17 del medesimo decreto-legge 18 giugno 1986, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1986, n. 462.

3. I posti delle qualifiche di primo dirigente, vacanti alla data di entrata in vigore della presente legge, verranno coperti con le modalità di cui all'articolo 1 della legge 30 settembre 1978, n. 583. I posti delle qualifiche di dirigente superiore, vacanti alla data di entrata in vigore della presente legge, verranno conferiti per metà secondo il turno di anzianità e per metà con le modalità di cui all'articolo 1 della legge 30 settembre 1978, n. 583.

4. Il contingente dei Comandi dei carabinieri operanti alle dipendenze funzionali del Ministero della sanità è posto fuori organico, con gradualità, entro un quinquennio dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui all'articolo 17, comma 2.

5. Le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 2, lettera e), vengono estese con provvedimenti delle regioni e delle province autonome ai medici, ai veterinari, ai farmacisti, ai chimici e ai biologi dipendenti dalle stesse.

Art. 22.

(Norme abrogative)

1. Le norme incompatibili con la presente legge sono abrogate; tuttavia esse continuano ad essere applicate fino alla data di

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 20.

(*Entrata in vigore*)

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

entrata in vigore delle leggi regionali e delle province autonome di cui all'articolo 5, comma 1.

2. L'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 613, è abrogato.

Soppresso

DISEGNO DI LEGGE N. 233

D'INIZIATIVA DEI SENATORI BOMPIANI ED ALTRI

Art. 1.

(Requisiti per le qualifiche dirigenziali del personale del servizio sanitario nazionale)

1. Per il conferimento di incarico anche temporaneo di responsabile di servizio o di coordinatore o direttore generale delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, è richiesto, oltre alla posizione funzionale apicale di ruolo, anche il diploma di Scuola superiore di organizzazione sanitaria per la specifica area funzionale o raggruppamento di aree.

2. Gli esami di idoneità di cui all'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, sono estesi anche per l'accesso alle qualifiche di direttore amministrativo capo-servizio.

3. Per la nomina a direttore di dipartimento, ai sensi delle leggi in vigore, è richiesta la frequenza ad uno speciale corso di qualificazione istituito secondo le modalità stabilite dalla presente legge.

Art. 2.

(Istituzione della Scuola superiore di organizzazione sanitaria)

1. È istituita presso il Ministero della sanità la Scuola superiore di organizzazione sanitaria, con facoltà di organizzare anche sedi decentrate della stessa, che ha per scopo la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento del personale amministrativo e sanitario destinato alla dirigenza del servizio sanitario nazionale.

2. In particolare la Scuola organizza, coordina e riconosce i corsi di formazione dirigenziale per l'accesso ai posti di cui all'articolo 1.

3. Per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali, la Scuola può avvalersi, mediante stipulazione di apposite convenzioni, delle Amministrazioni dello Stato, delle università, di enti o istituti culturali pubblici o privati.

4. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio dei ministri, viene approvato lo statuto della Scuola che in particolare, tra l'altro, deve disciplinare la sede della Scuola, le competenze dei singoli organi, le modalità di funzionamento degli stessi, il comando di personale del Ministero della sanità e del servizio sanitario nazionale presso la Scuola medesima, le modalità per il conferimento degli incarichi di insegnamento, le regole generali per l'indizione e l'accesso ai corsi nonché le modalità di gestione della dotazione finanziaria annualmente assegnata alla Scuola.

5. Lo statuto dovrà pure prevedere i criteri per il convenzionamento con istituzioni qualificate pubbliche o private ai fini dello svolgimento dei corsi, nonché le modalità per il conseguimento dei diplomi al termine dei corsi.

Art. 3.

(Organi della Scuola superiore)

1. Sono organi della Scuola superiore di organizzazione sanitaria:

- a) il comitato direttivo;
- b) il direttore.

Art. 4.

(Il comitato direttivo)

1. Il comitato direttivo è composto:

- a) dal direttore della Scuola superiore di organizzazione sanitaria, che lo presiede;
- b) da un magistrato del Consiglio di Stato, da un magistrato della corte dei conti;
- c) da un rappresentante della Ragioneria generale dello Stato, proposto dal Ministro del tesoro, e da un rappresentante

della direzione generale dell'istruzione universitaria, proposto dal Ministero della pubblica istruzione;

d) da quattro professori universitari titolari di cattedre di materie giuridiche, economiche e di igiene ed organizzazione sanitaria, proposti dal Ministero della sanità;

e) da tre rappresentanti delle Regioni, scelti tra personale dirigente di comprovata capacità ed esperienza;

f) da tre rappresentanti delle unità sanitarie locali, proposti dall'Associazione nazionale dei comuni italiani tra il personale dirigente delle unità sanitarie locali di comprovata capacità ed esperienza.

2. Il comitato direttivo dura in carica cinque anni.

3. Tutti i membri sono nominati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; possono essere confermati, purchè alla scadenza del quinquennio si assicuri il rinnovo di almeno otto membri.

4. Il comitato direttivo deve verificare l'idoneità dei programmi presentati ai criteri fissati dallo statuto della Scuola, e vigila sulle modalità e sullo svolgimento dei corsi e sui risultati conseguiti.

Art. 5.

(Il direttore)

1. Il direttore della Scuola superiore di organizzazione sanitaria è nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio dei ministri, fra i professori universitari di ruolo e fra il personale dirigente di ruolo del servizio sanitario nazionale.

2. Il direttore dura in carica quattro anni; per tutta la durata dell'incarico è collocato rispettivamente nella posizione di fuori ruolo o in aspettativa.

3. Per le esigenze della Scuola è istituito un fondo di rappresentanza determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro del tesoro, la cui gestione è

affidata al direttore con obbligo di rendiconto al comitato direttivo.

4. In caso di assenza o impedimento, il direttore è sostituito dal più anziano dei componenti il comitato direttivo indicati alle lettere d), e) ed f) dell'articolo 4.

Art. 6.

(Articolazione della Scuola superiore di organizzazione sanitaria)

1. La Scuola superiore di organizzazione sanitaria comprende l'indirizzo amministrativo e l'indirizzo sanitario; ogni indirizzo si articola in corsi differenziati, suddivisi in uno o più semestri ciascuno dei quali corrisponde ad un programma modulare, in rapporto agli obiettivi di formazione da conseguire.

2. Parte delle discipline è in comune fra indirizzo amministrativo e indirizzo sanitario, in rapporto ai programmi di formazione dei singoli corsi.

3. L'attività didattica di ogni corso prevede di norma un periodo di frequenza intensiva presso le strutture della Scuola o con essa convenzionate, e periodi formativi teorico-pratici da svolgere presso qualificate strutture del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionate.

Art. 7.

(Attivazione dei corsi)

1. Con decreto del Ministro della sanità è nominata una commissione di esperti con il compito di presentare al Ministro della sanità, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentite le Regioni interessate, un progetto di articolazione anche decentrata sul territorio nazionale dei corsi e dei programmi di insegnamento, nonché delle modalità di verifica dell'apprendimento e del grado di professionalità raggiunti.

2. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto, da emanarsi entro sei mesi dall'ap-

provazione della presente legge, stabilisce: il numero, le caratteristiche e la durata dei corsi; l'articolazione dei vari insegnamenti; le modalità di verifica del livello di competenza acquisita dagli iscritti e le modalità di conseguimento dei diplomi.

Art. 8.

(Programmazione del numero degli allievi)

1. Tutti i corsi previsti dalla presente legge sono a numero programmato, in rapporto alle esigenze del servizio sanitario nazionale ed al potenziale didattico della Scuola superiore di organizzazione sanitaria e delle istituzioni da essa convenzionate.

2. Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in rapporto alle prevedibili esigenze triennali, in accordo con i piani sanitari regionali, indicano al Ministro della sanità il fabbisogno di personale, di cui al comma 1 dell'articolo 2, entro il 30 giugno dell'ultimo anno di vigenza del piano.

3. Il Ministro della sanità, con proprio decreto da emanarsi entro il 1° settembre di ogni anno, stabilisce il numero dei posti riservati al corso nazionale o alle scuole decentrate di alta qualificazione dirigenziale per coordinatori o direttori generali amministrativi e sanitari delle unità sanitarie locali, ripartendo i posti fra le Regioni in rapporto ad un piano triennale di attività della Scuola che tenga conto, oltre che del potenziale didattico della Scuola stessa, anche delle esigenze di riequilibrio agli effetti sanitari delle Regioni, nonché delle

disponibilità finanziarie riservate al funzionamento della Scuola.

Art. 9.

(Norme di finanziamento)

1. Nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è istituita apposita voce di bilancio dal titolo: «Fondo per il funzionamento della Scuola superiore di organizzazione sanitaria».

2. Gli stanziamenti hanno inizio con l'anno 1987.

Art. 10.

(Elenco degli idonei alla dirigenza amministrativa del servizio sanitario nazionale)

1. È istituito l'elenco degli idonei alle qualifiche di direttore amministrativo capo-servizio.

2. L'iscrizione in tale elenco costituisce requisito per l'ammissione ai relativi corsi.

Art. 11.

(Norme transitorie e finali)

1. In attesa dell'attivazione dei corsi di cui agli articoli 2 e 7 e comunque non oltre due anni dall'entrata in vigore della presente legge, per accedere alla qualifica di responsabile di servizio presso le unità sanitarie locali si prescinde dal requisito di cui all'articolo 1 della presente legge.

DISEGNO DI LEGGE N. 1020

D'INIZIATIVA DEI SENATORI MELOTTO ED ALTRI

TITOLO I

STRUTTURA ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVA 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 articolazio-

ni 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 ospedalie-

ra 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, sovrintendendo 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 gene-

rale 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, nonché 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 com-

parando 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 nonché 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 sanitario 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 svolgono 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, nonché 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-consulti-

va 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, nonchè 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'acquisizione degli elementi idonei ad accertarne la efficienza operativa;

b) la previsione di uno specifico finanziamento diretto alla gestione del presidio multizonale 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 partecipazio-

ne 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, nonché 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, nonché 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 nonché 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 pro-

grammazione 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 recipro-

co 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 stabi-

re 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 poli-specialistico.

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 patri-

monio 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 comuni, 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 DI-
PENDENTE DELLE UNITÀ SANITARIE
LOCALI

CAPO I

COMPARTO SANITARIO E STATO GIURI-
DICO 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, nonchè 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 programmazio-

ne 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 organizza-

zione 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 tratto 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 1679

D'INIZIATIVA DEI SENATORI FILETTI ED ALTRI

Art. 1.

1. È sospesa ogni attività dei comitati di gestione di tutte le unità sanitarie locali. Detti comitati sono sostituiti da un amministratore straordinario presso ogni unità sanitaria locale.

2. I componenti del comitato di gestione rimangono in carica fino al quarantesimo giorno dall'entrata in vigore della presente legge; decorso tale termine, essi decadono dalla carica.

3. Se l'amministratore straordinario non si è ancora insediato, i singoli atti di ordinaria amministrazione sono presi per i successivi venti giorni dal componente più anziano dell'assemblea generale dell'unità sanitaria locale.

4. La durata della sospensione dei comitati di gestione è di un biennio dalla data di insediamento dell'amministratore straordinario.

Art. 2.

1. Le assemblee generali delle unità sanitarie locali, nel periodo di amministrazione straordinaria, hanno solo funzione consultiva. L'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnino più esercizi, della pianta organica, dei regolamenti, delle convenzioni, sono deliberati dall'amministratore straordinario, previo parere non vincolante dell'assemblea generale.

2. L'amministratore può chiedere che l'assemblea generale renda pareri su questioni amministrative di particolare rilievo.

3. Per le deliberazioni di prevalente natura tecnico-sanitaria, l'amministratore deve

convocare una conferenza di servizio cui partecipano:

a) sei membri nominati dall'assemblea generale, di cui almeno due dei gruppi di minoranza, in modo che ogni componente sia rappresentata;

b) una delegazione di non più di sei sanitari composta dal coordinatore sanitario, da due dirigenti dei reparti o presidi interessati e da altri tre sanitari eletti dai colleghi dei presidi interessati.

4. Possono essere sentiti anche altri sanitari del presidio nonché rappresentanti del personale, che ne facciano richiesta. Tali soggetti, una volta sentiti, sono esclusi dai lavori della conferenza.

5. Le conferenze di servizio hanno solo funzione conoscitiva.

Art. 3.

1. Gli amministratori straordinari sono nominati con decreto del Ministro dell'interno tra i funzionari dell'amministrazione civile, ivi compresi i funzionari di ragioneria, con qualifica non inferiore a direttore di sezione e almeno dodici anni di servizio nella carriera direttiva.

2. Per le unità sanitarie locali con maggiore numero di assistiti, gli amministratori straordinari sono prescelti tra i funzionari della carriera dirigenziale dell'amministrazione civile, ivi compresi quelli di ragioneria, nonché tra prefetti, viceprefetti, vicari ed ispettori, dirigenti superiori e primi dirigenti di ragioneria, anche a riposo, che non abbiano superato il settantesimo anno di età.

3. Non possono essere nominati amministratori:

a) i funzionari preposti ad una prefettura;

b) i funzionari nominati componenti delle commissioni di controllo sugli atti delle Regioni e dei comitati regionali di controllo;

c) i prefetti provenienti dalla polizia di Stato e dalla pubblica sicurezza;

d) i funzionari preposti ad una direzione generale.

4. In caso di assenza o di impedimento l'amministratore è sostituito dall'amministratore di una unità sanitaria locale contigua territorialmente secondo una tabella emanata con decreto del Ministro dell'interno, sentite le Regioni.

5. In mancanza di tale tabella, la sostituzione è operata volta per volta dal prefetto della provincia in cui è posta l'unità sanitaria locale.

Art. 4.

1. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'interno emette i decreti di nomina degli amministratori straordinari secondo i criteri indicati nell'articolo 3.

2. Gli amministratori sono autorizzati ad insediarsi nei cinque giorni successivi alla comunicazione telegrafica di nomina.

3. Spettano all'amministratore, oltre al rimborso delle spese, i compensi e le indennità del presidente del comitato di gestione.

4. È esclusa ogni competenza di missione.

Art. 5.

1. Il controllo sugli atti dell'amministratore è espletato da una speciale sezione del comitato di controllo così composta:

a) un magistrato del tribunale amministrativo regionale componente del comitato regionale di controllo, presidente;

b) un membro nominato dal commissario di Governo;

c) uno dei tre esperti di cui alla lettera a), secondo comma, dell'articolo 55 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, nominato dal presidente del comitato regionale di controllo.

2. Ad ogni seduta debbono partecipare tutti i membri e, in caso di assenza o impedimento, i loro rispettivi supplenti.

3. Le deliberazioni della sezione sono prese a maggioranza; alle stesse non si applica l'ultimo comma dell'articolo 55 della legge 10 febbraio 1953, n. 62.

Art. 6.

1. La presente legge si applica per due anni a decorrere dalla sua entrata in vigore.

DISEGNO DI LEGGE N. 1879D'INIZIATIVA DEI SENATORI
TEDESCO TATÒ ED ALTRI

CAPO I.

DISPOSIZIONI ORDINAMENTALI

Art. 1.

(Consiglio sanitario nazionale)

1. Dopo la lettera *a*) del quarto comma dell'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunta la seguente:

«*a-bis*) da quattro rappresentanti dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), di cui due nominati in rappresentanza dei comuni metropolitani, da un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità e enti montani (UNCCEM), da un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (UPI)».

Art. 2.

*(Articolazione del
Servizio sanitario nazionale)*

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

«Art. 10. - (*L'organizzazione territoriale*).
- 1. Ai fini di garantire in modo uniforme la tutela della salute, il territorio nazionale è articolato in unità sanitarie locali.

2. Le unità sanitarie locali sono ambiti territoriali, che comprendono il complesso dei presidi, dei servizi e degli uffici, destinati ad assolvere le funzioni del Servizio sanitario nazionale.

3. Il governo unitario della salute è esercitato negli ambiti territoriali di competenza dai comuni, dai comuni metropolitani e dalle comunità montane.

4. Per la gestione dei presidi, dei servizi e degli uffici del Servizio sanitario nazionale, i comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane, nell'ambito della propria autonomia statutaria e regolamentare, si avvalgono di un'azienda erogatrice di servizi, denominata azienda sanitaria locale. I comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane possono attribuire all'azienda sanitaria locale la gestione degli interventi di carattere sociale».

Art. 3.

(Competenze regionali)

1. Il quinto e il sesto comma dell'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

«Le regioni, sentite le province interessate, i comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali.

All'atto della determinazione degli ambiti, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio compresi i servizi sociali in modo che essi, di regola, coincidano.

Le regioni provvedono, in base alla programmazione sanitaria regionale, al riparto delle risorse destinate all'attuazione del programma dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane.

Ai fini del finanziamento del Fondo sanitario nazionale è istituita l'imposta regionale sui consumi finali.

La legge regionale, nell'ambito della programmazione sanitaria, dispone l'attivazione da parte delle aziende sanitarie locali di gestioni per *budgets*, prevedendo:

a) la determinazione delle aree di attività in cui attuare progetti e programmi definiti per *budgets*;

b) affidamento della responsabilità dell'attuazione degli stessi ad uno o più soggetti determinati;

c) la determinazione delle caratteristiche in relazione alle quali dovranno essere compilati i progetti e i programmi per essere classificati *budgets*;

d) la sospensione, per il periodo di attuazione, delle procedure amministrative eventualmente in contrasto con la gestione del processo aziendale, fermo rimanendo l'obbligo della resa del conto.

Qualora le gestioni siano attivate con carattere sperimentale, il limite temporale massimo di ciascun progetto o programma non potrà essere superiore ai tre anni.

Le regioni garantiscono l'esercizio delle attribuzioni e l'adempimento dei compiti conferiti dalla legge ai comuni, ai comuni metropolitani e alle comunità montane. La legge regionale determina le modalità per l'esercizio dei relativi poteri sostitutivi».

Art. 4.

(Attribuzioni delle province)

1. L'articolo 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 12. - *(Attribuzioni delle province)*. -
1. Le province esprimono il proprio parere sulle delimitazioni territoriali delle unità sanitarie locali previste dalla legge regionale ed approvano, per tali ambiti, la localizzazione dei presidi e servizi sanitari.

2. Le province, inoltre, nell'esercizio delle proprie competenze istituzionali e delegate, in materia ambientale, al fine di assicurare il raccordo dei propri interventi con quelli dei piani attuativi comunali, e nel quadro della programmazione sanitaria regionale:

a) indicano conferenze periodiche dei comuni e delle aziende sanitarie locali;

b) mettono a disposizione dei comuni e delle loro unioni o amministrazioni congiunte o loro associazioni supporti tecnici per qualificare le attività di programmazione, formazione degli operatori, ricerca finalizzata, informazione e documentazione».

Art. 5.

(Attribuzioni dei comuni e delle comunità montane)

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

«Art. 13. - *(Attribuzioni dei comuni)*. - 1. Sono attribuite ai comuni, ai comuni metropolitani ed alle comunità montane, tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria che non siano espressamente riservate allo Stato e alle regioni. Per l'esercizio di tali funzioni predispongono un piano di attuazione.

2. Il piano di attuazione è determinato in conformità al Piano sanitario regionale ed ha pari durata pluriennale; è deliberato entro novanta giorni dall'entrata in vigore del piano sanitario regionale e individua per il territorio di competenza: gli obiettivi, gli strumenti per il loro conseguimento e la destinazione delle risorse; costituisce atto di riferimento per la formazione dei piani pluriennali e annuali.

3. Restano ferme le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale».

Art. 6.

(Principi e strumenti della partecipazione)

1. I comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane promuovono la partecipazione dei cittadini, delle loro associazioni e delle organizzazioni di volontariato alle proprie attività in materia sanitaria e concorrono ad assicurare ai medesimi la condizione di effettiva partecipazione alla programmazione ed al controllo dei servizi, disciplinando altresì la partecipazione dei cittadini direttamente interessati all'attuazione di singoli servizi.

2. I comuni, i comuni metropolitani e le comunità montane definiscono le modalità di attuazione degli istituti della partecipazione attraverso regolamenti che assicurino alle associazioni di cui al comma 3 dell'articolo 7 e ai singoli cittadini il diritto di

presentare interrogazioni al sindaco e di ricevere risposte certe e tempestive.

Art. 7.

(Diritti d'accesso e di informazione del cittadino)

1. Tutti gli atti dei comuni, dei comuni metropolitani, delle comunità montane e delle aziende sanitarie locali sono pubblici, ad eccezione di quelli riservati per espressa previsione di legge o per effetto di temporanea e motivata dichiarazione del sindaco o del direttore generale dell'azienda sanitaria locale per quanto di competenza, che ne vieti l'esibizione in quanto la loro diffusione possa pregiudicare il diritto alla riservatezza delle persone, dei gruppi o delle imprese.

2. La direzione generale dell'azienda sanitaria locale garantisce, attraverso apposito regolamento, il diritto del cittadino ad esprimere le proprie osservazioni e proposte sulla gestione e sul funzionamento dei servizi sanitari.

3. Il regolamento assicura ai cittadini, singoli o associati, il diritto di accesso agli atti amministrativi e il rilascio di copie di atti con il pagamento dei soli costi di riproduzione; individua, con norme di organizzazione degli uffici e dei servizi, i responsabili dei procedimenti; detta le norme necessarie per assicurare ai cittadini l'informazione sullo stato degli atti e delle procedure e sull'ordine di esame di domande, progetti e provvedimenti che comunque li riguardano; assicurano il diritto dei cittadini di accedere, in generale, alle informazioni di cui è in possesso l'amministrazione.

4. Al fine di rendere effettiva la partecipazione dei cittadini all'attività dell'amministrazione, gli enti locali disciplinano la promozione e l'organizzazione di sedute di dibattito pubblico, nonché forme di *auditing* e l'accesso alle strutture ed ai servizi degli enti stessi, ivi comprese le sale per manifestazioni pubbliche ed i servizi tipografici, agli enti, alle organizzazioni di volontariato, e alle associazioni che perse-

guono finalità umanitarie, scientifiche, culturali, religiose, politiche, di promozione sociale e civile, di salvaguardia dell'ambiente naturale e del patrimonio culturale e artistico.

Art. 8.

(Aree territoriali)

1. L'articolo 14 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 14. - (*Unità sanitarie locali*). - 1. L'articolazione sul territorio della Repubblica in unità sanitarie locali è determinata sulla base delle seguenti aree territoriali: aree metropolitane, aree urbane, aree a popolazione sparsa. In particolare:

a) sono aree metropolitane i territori dei comuni di Roma, Milano, Napoli, Torino, Bologna, Genova, Firenze, Bari e Venezia, e i territori dei comuni limitrofi;

b) sono aree urbane i territori comprendenti un comune capoluogo di provincia o un comune con popolazione superiore a 50.000 abitanti;

c) sono aree a popolazione sparsa le altre.

2. Ogni area deve comprendere di norma una popolazione tra 150.000 e 300.000 abitanti nel caso delle aree urbane e tra 80.000 e 150.000 abitanti nel caso delle aree a popolazione sparsa.

3. Nella definizione degli ambiti territoriali, la legge regionale tiene conto delle caratteristiche demografiche e geomorfologiche, nonché della presenza di strutture sanitarie che, per qualità e quantità dei servizi erogati o previsti da atti di programmazione approvati, siano in grado di assicurare l'esercizio delle funzioni di cui alla presente legge.

4. La legge regionale determina nelle forme e nei modi stabiliti dalla legge di riforma delle autonomie locali le unioni, le intese o le altre forme di amministrazione congiunta dei comuni compresi nelle aree urbane e a popolazione sparsa.

5. Nelle aree urbane e a popolazione

sparsa l'organo di governo e l'organo deliberativo stabilito nelle unioni, intese o altre forme di amministrazione congiunte sostituiscono la giunta comunale e il consiglio comunale nelle attribuzioni di cui alla presente legge».

CAPO II.

IL GOVERNO E LA GESTIONE DELLA SALUTE

Art. 9.

(Funzione di governo)

1. L'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 15 - (Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali). - 1. Le funzioni attribuite agli enti locali territoriali di cui all'articolo 10 sono esercitate dai competenti organi di governo dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane.

2. In particolare il consiglio comunale, od i corrispondenti organi dei comuni metropolitani e delle comunità montane:

a) approva:

1) il regolamento istitutivo dell'azienda sanitaria locale;

2) i regolamenti dell'azienda sanitaria locale per l'esercizio di funzioni a rilevanza esterna;

3) la localizzazione di nuovi presidi o strutture e la soppressione di presidi o strutture esistenti;

4) la dotazione organica complessiva del personale;

5) la nomina e l'eventuale revoca anticipata del direttore generale e della direzione generale dell'azienda sanitaria locale;

6) il piano di attuazione e gli altri atti stabiliti dalle leggi regionali;

7) il bilancio di previsione pluriennale di competenza, ed il conto consuntivo annuale dell'azienda sanitaria locale;

b) fissa gli obiettivi che devono essere conseguiti da ciascuna azienda in esecuzione del piano di attuazione;

c) verifica trimestralmente lo stato di attuazione del piano, il funzionamento dei servizi e l'andamento delle gestioni, sulla base di relazioni predisposte dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale nelle forme e con le modalità previste dal regolamento istitutivo;

d) stabilisce, in conformità alle disposizioni della legge regionale, i criteri per l'affidamento degli incarichi di direzione, nonchè la loro durata, la natura di diritto privato del rapporto, il trattamento economico e normativo.

3. Spetta tra l'altro alla giunta comunale, od al corrispondente organo esecutivo dei comuni metropolitani e delle comunità montane:

a) la predisposizione della proposta di piano di attuazione e degli altri atti di competenza del consiglio;

b) la vigilanza sul funzionamento dei presidi e servizi e sul mantenimento di un corretto rapporto costi-benefici delle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie locali;

c) l'emanazione di direttive vincolanti agli organi di direzione dell'azienda sanitaria locale nei confronti della quale può adottare eventuali misure di annullamento e di revoca degli atti da questi compiuti se non coperti da idonei stanziamenti di spesa o nel caso che esulino dalle funzioni assegnate;

d) la proposta al consiglio del conferimento e della revoca degli incarichi di direzione e la predisposizione delle relative schede valutative e la motivazione delle proposte per gli incarichi direttivi.

4. La giunta per l'espletamento delle proprie funzioni può avvalersi della consulenza di uno *staff* di esperti in possesso dei necessari requisiti di professionalità documentati da un preciso *curriculum* e che non si trovino in conflitto di interessi o posizioni di incompatibilità con la natura dell'incarico».

Art. 10.

(Comuni metropolitani)

1. Dopo l'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 15-bis - *(Comuni metropolitani)*. - 1. Nelle aree metropolitane ed in ogni caso nei comuni di Roma, Milano, Napoli, Torino, Bologna, Genova, Firenze, Bari e Venezia, l'amministrazione locale si articola in due livelli:

- a) comune metropolitano;
- b) municipi.

2. Lo statuto provvede all'attribuzione ai municipi delle funzioni amministrative e delle modalità di esercizio delle stesse anche in forma concorrente o alternativa alle potestà attribuite al comune metropolitano.

3. In ogni caso spettano al comune metropolitano i poteri di avocazione dei poteri decentrati nel caso di omissioni o di comprovati inadempimenti.

4. L'assemblea metropolitana delibera altresì in concorso con la programmazione regionale il piano sanitario di area, parte integrante del piano sanitario regionale ed il piano di attuazione in esecuzione della programmazione regionale.

5. Essa delibera altresì le forme di consultazione e di coordinamento dei municipi e le modalità di esercizio delle funzioni di indirizzo, al fine della unitarietà dei comportamenti e della pari efficienza ed efficacia dei servizi erogati nell'intero territorio metropolitano».

Art. 11.

(L'azienda sanitaria locale)

1. Dopo l'articolo 15-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 15-ter - *(Azienda sanitaria locale)*. - 1. L'azienda sanitaria locale è struttura operativa dei comuni, dei comuni metropolitani, delle comunità montane.

2. Essa è azienda erogatrice dei servizi che opera con autonomia patrimoniale e contabile, di piena capacità per il compimento degli atti necessari allo svolgimento delle attività assegnate, nei limiti fissati dal regolamento istitutivo.

3. Sono organi dell'azienda sanitaria locale:

- a) la direzione generale;
- b) il direttore dell'azienda;
- c) l'ufficio di revisione interna;
- d) il consiglio sanitario;
- e) l'ufficio di direzione.

4. La direzione generale è composta:

- a) dal direttore dell'azienda;
- b) dal coordinatore sanitario;
- c) dal coordinatore amministrativo;
- d) dal coordinatore dei servizi sociali

nei casi di cui al quarto comma dell'articolo 1.

5. Essa è collegialmente preposta all'organizzazione, al coordinamento ed al funzionamento di tutta l'attività di gestione aziendale e alla direzione del personale. In particolare:

a) approva il bilancio di previsione annuale di cassa sulla base delle indicazioni del bilancio di previsione pluriennale di competenza;

b) approva il *budget* finanziario annuale del presidio ospedaliero per il perseguimento degli obiettivi e degli indirizzi fissati dalla programmazione regionale e dal piano attuativo;

c) propone ai competenti organi di governo dei comuni, dei comuni metropolitani, delle comunità montane, l'approvazione del conto consuntivo annuale.

6. I coordinatori di cui alle lettere b), c), e d) del comma 4 svolgono, relativamente ai settori di propria competenza, attività di indirizzo e coordinamento interno, volta a garantire il corretto adempimento delle decisioni della direzione generale. Svolgono inoltre compiti delegati od assegnati dal direttore dell'azienda.

7. Il direttore dell'azienda di cui alla lettera b) del comma 3 è il responsabile

dell'attuazione dei programmi e del conseguimento degli obiettivi definiti dall'organo di governo. A tale fine adotta, sentita la direzione generale, tutti gli atti di amministrazione necessari, che non siano di competenza dell'organo di governo, ed ogni altra determinazione in conformità del regolamento istitutivo. Ha la rappresentanza legale attiva e passiva dell'azienda.

8. L'ufficio di revisione interna di cui alla lettera c) del comma 3 è costituito con personale dell'azienda sanitaria locale.

9. Dirige l'ufficio di revisione interna un funzionario della carriera dirigenziale dei ruoli dei comuni, comuni metropolitani e comunità montane dell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale, nominato per un quinquennio dalla regione su proposta degli organi di governo degli enti predetti.

10. La legge regionale disciplina i compiti e le modalità di funzionamento dell'ufficio di revisione interna prevedendo:

a) l'istituzione ed applicazione di un sistema di controlli interni diretti a favorire l'economia e l'efficienza dell'impiego delle risorse;

b) lo sviluppo del sistema di controlli interni secondo il principio della contabilità direzionale;

c) l'assistenza nella predisposizione del piano di attività dell'azienda sanitaria locale; d) l'assistenza agli organi di gestione nell'attuazione delle attività e verifica del conseguimento dell'efficienza;

e) lo studio dei processi gestionali in atto nell'azienda sanitaria locale per migliorare la conoscenza dei processi rispetto ai fini;

f) l'applicazione delle procedure di controllo definite dal Ministero della sanità e dalla regione.

11. L'ufficio di revisione interna predispone annualmente una relazione sui risultati dell'attività di verifica e sulle condizioni generali della funzionalità dell'azienda sanitaria locale, da inviare all'organo di governo ed al presidente della giunta regionale competente.

12. Il consiglio sanitario di cui alla lettera d) del comma 3 è l'organo di

consulenza della direzione generale per gli aspetti tecnico-sanitari della gestione dell'azienda sanitaria locale. Esso è obbligatoriamente sentito dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale avuto riguardo a:

a) l'organizzazione dei servizi sanitari;
b) gli investimenti immobiliari e le attrezzature tecnologiche;

c) le proposte di modifiche dell'organico;

d) la definizione e l'attribuzione dei budgets ai sensi del nono comma dell'articolo 11;

e) la relazione sanitaria annuale.

13. Il consiglio sanitario, presieduto dal coordinamento sanitario, è eletto per un quinquennio dal personale del luogo sanitario. La legge regionale determina il numero dei componenti e le modalità di elezione.

14. L'assenza non giustificata a tre riunioni consecutive del consiglio sanitario comporta la decadenza.

15. Il consiglio sanitario è convocato almeno una volta ogni due mesi.

16. L'ufficio di direzione di cui alla lettera e) del comma 3 è l'organo di consulenza della direzione generale per gli aspetti tecnico-amministrativi della gestione dell'azienda sanitaria locale. È obbligatoriamente sentito dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale avuto riguardo a:

a) l'organizzazione dei servizi amministrativi;

b) i contratti pluriennali o dai quali derivi un impegno finanziario superiore al limite stabilito dalla legge regionale;

c) gli orari di apertura di servizi e presidi e le modalità di erogazione delle prestazioni all'utenza;

d) le proposte di modifiche all'organico;

e) gli investimenti immobiliari e le attrezzature tecnologiche;

f) il bilancio annuale di cassa e la proposta di approvazione del conto consuntivo.

17. Gli incarichi di direttore dell'azienda, di coordinatore sanitario, di coordinatore

amministrativo sono conferiti mediante selezione a seguito di avviso pubblico.

18. La legge regionale stabilisce i criteri e le modalità di selezione, nel rispetto dei seguenti indirizzi:

a) ammissibilità alla selezione, oltre che dei dirigenti del Servizio sanitario nazionale, dei dirigenti di ruolo dello Stato, delle regioni e degli enti locali, nonché di soggetti estranei alla pubblica amministrazione in possesso, secondo casi, di laurea attinente all'organizzazione e gestione di sistemi aziendali complessi o in medicina e chirurgia, con esperienza almeno quinquennale di dirigenza di aziende non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;

b) attuazione della selezione con il metodo della comparazione per requisiti omogenei, comprovanti la capacità dirigenziale, la capacità tecnica e la capacità organizzativa;

c) la prescrizione, per la durata dell'incarico, del regime di tempo pieno e della incompatibilità con qualsivoglia altra attività lavorativa, professionale o imprenditoriale.

19. Per la durata dell'incarico i dirigenti del Servizio sanitario nazionale, i dirigenti dello Stato e degli enti pubblici sono collocati fuori ruolo, conservando il trattamento economico e previdenziale attribuito alla qualifica di appartenenza; il corrispettivo per l'incarico sarà, in tal caso, corrisposto al netto del trattamento economico e previdenziale attribuito alla qualifica di appartenenza.

20. La revoca anticipata dell'incarico può essere disposta con atto motivato nel caso di accertamento di inadempienze che comportino il venir meno del vincolo fiduciario».

2. Il primo comma dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è abrogato.

Art. 12.

(Funzioni dell'azienda sanitaria locale)

1. Nell'ambito delle proprie competenze l'azienda sanitaria locale provvede ad assicurare le seguenti funzioni:

- a) educazione sanitaria;
- b) igiene dell'ambiente;
- c) prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) promozione della salute della donna e del bambino e del diritto alla procreazione libera e consapevole;
- e) informazione, prevenzione e cura delle tossicodipendenze;
- f) informazione, prevenzione e cura dell'AIDS;
- g) promozione della salute nell'età evolutiva anche nell'ambiente scolastico;
- h) prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- i) prevenzione e tutela sanitaria nelle attività sportive;
- l) assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- m) assistenza medico specialistica, ambulatoriale e domiciliare;
- n) assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- o) riabilitazione;
- p) assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie;
- q) igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- r) profilassi e polizia veterinaria; ispezione e vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
- s) accertamenti, certificazioni, ogni altra prestazione medico legale spettanti al Servizio sanitario nazionale, con l'esclusione di quelli relativi ai servizi di cui alla lettera a) dell'articolo 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- t) assistenza sanitaria dei cittadini detenuti;
- u) assistenza e cura per i soggetti portatori di *handicap*.

CAPO III.

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

Art. 13.

(Prestazioni delle aziende sanitarie locali)

1. L'articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 19. - *(Prestazioni delle aziende sanitarie locali)*. - 1. Le aziende sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti ai sensi del secondo comma dell'articolo 3.

2. Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi della organizzazione dei servizi sanitari. Gli utenti del Servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso le aziende sanitarie locali nel cui territorio hanno residenza.

3. Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi azienda sanitaria locale.

4. I militari hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza anche nelle località ove prestino servizio.

5. Gli emigrati, che rientrino temporaneamente in patria, hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza delle località in cui soggiornano».

Art. 14.

(Il distretto sanitario di base)

1. Il distretto sanitario di base è l'articolazione tecnico-funzionale dell'azienda sanitaria locale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento attra-

verso il coordinamento delle prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica di base, guardia medica territoriale, consultori, infermieristica ambulatoriale e domiciliare.

2. La legge regionale che definisce gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali fissa i criteri per l'individuazione dei distretti e la definizione di *standards* minimi di personale; la nomina del coordinatore, da scegliere tra il personale dipendente o convenzionato; la determinazione delle funzioni e dei compiti assegnati al medesimo.

3. I comuni, i comuni metropolitani, le comunità montane deliberano, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale, l'istituzione dei distretti, garantendo la più ampia partecipazione degli utenti.

4. L'azienda sanitaria locale, oltre a garantire le prestazioni di cui al comma 1, assicura:

a) il collegamento fra le attività distrettuali e le attività specialistiche;

b) l'adozione di iniziative di promozione di interventi per l'educazione sanitaria, la prevenzione, il corretto uso dei servizi sanitari;

c) la raccolta di informazioni, anche di carattere epidemiologico, dirette a favorire la conoscenza dei bisogni e della domanda di salute della popolazione, a valutare l'efficienza dei servizi e l'efficacia degli interventi sia in gestione diretta che a convenzione;

d) il collegamento con le associazioni di volontariato presenti sul territorio;

e) l'integrazione con i servizi sociali sul territorio, garantendo i necessari collegamenti con i servizi educativi.

Art. 15.

(Requisiti e struttura interna degli ospedali)

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

«Art. 17. - 1. *(Requisiti e struttura interna degli ospedali)*. - Il presidio ospedaliero è

struttura dell'azienda sanitaria locale. Esso è dotato di autonomia funzionale e gestionale, nell'ambito della gestione unitaria dell'azienda sanitaria locale. A tal fine:

a) la direzione generale dell'azienda sanitaria locale, contestualmente al bilancio di previsione annuale di cassa, approva il *budget* finanziario annuale di cui all'articolo 11;

b) il conto dell'esercizio annuale della gestione del presidio ospedaliero è allegato al conto consuntivo annuale dell'azienda sanitaria locale. Tramite apposita tabella dimostrativa, viene dato conto delle spese sostenute avuto riguardo al *budget* finanziario assegnato;

c) i comuni metropolitani possono essere dotati di più presidi. I presidi ospedalieri sono preposti, in particolare, al conseguimento delle finalità di cui al primo comma, numero 3), dell'articolo 2. Essi contribuiscono nel quadro unitario della tutela della salute al conseguimento degli altri obiettivi di cui allo stesso articolo 2.

2. Le regioni, sulla base dei principi e degli indirizzi contenuti nella presente legge, nell'ambito della propria programmazione sanitaria e tenendo conto degli indici *standards* del Piano sanitario nazionale nonché degli atti di indirizzo e coordinamento nazionali disciplinano:

- a) i livelli di riclassificazione;
- b) i requisiti;
- c) l'organizzazione interna».

Art. 16.

(Riclassificazione dei presidi ospedalieri)

1. I livelli di riclassificazione dei presidi ospedalieri sono stabiliti ai fini dell'assegnazione dei finanziamenti per le attività correnti e di investimento, della allocazione razionale delle risorse, dell'ottimizzazione dei fattori di produzione propri all'assistenza in regime di ricovero e devono tener conto:

a) del ruolo di base o multizonale assicurato dal presidio;

b) del bacino di utenza anche in relazione alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione;

c) delle funzioni specialistiche assegnate in rapporto alla nosologia di competenza;

d) della complessità e costo degli impianti, della strumentazione e dei materiali necessari per erogare le prestazioni richieste;

e) della presenza di policlinici universitari e più in generale di rapporti convenzionali *ex* articoli 39 e 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 17.

(Criteri di riclassificazione)

1. Le regioni, nel fissare i requisiti dei presidi ospedalieri, devono almeno prevedere:

a) la rispondenza delle strutture alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera;

b) un'organizzazione in grado di assicurare l'intervento nelle situazioni di emergenza-urgenza, con l'erogazione delle prestazioni necessarie all'accoglimento del malato o al suo trasferimento protetto in altra sede. La stessa organizzazione deve essere in grado di svolgere funzioni di accertamento e osservazione dei pazienti al momento dell'ingresso nella struttura, ai fini dell'efficacia dell'intervento e della verifica della congruità e necessità del ricovero;

c) la disponibilità:

1) di locali e di un sistema organizzativo in grado di assicurare condizioni di degenza in regime di ricovero continuativo o a ciclo parziale secondo *standards* di idoneità ed il supporto specialistico per le indagini diagnostiche, di trattamenti terapeutici anche in regime ambulatoriale;

2) di servizi in grado di assicurare la permanenza dei pazienti all'interno della struttura nel rispetto delle loro esigenze familiari e personali e dei loro diritti umani, etici e religiosi;

3) di servizi e ambienti idonei a favorire le attività di studio e aggiornamento e didattica del personale dipendente.

2. Al fine di accrescere la qualità dell'assistenza sanitaria e di indirizzare programmi di sviluppo della struttura e l'aggiornamento professionale del personale dipendente, ogni presidio ospedaliero deve essere dotato di specifiche commissioni consultive professionali per:

a) il controllo delle infezioni nosocomiali;

b) l'uso e l'approvvigionamento dei farmaci;

c) il riscontro autoptico e dei tessuti prelevati;

d) la verifica e revisione della qualità dell'assistenza erogata, della congruità dei processi di controllo e della esecuzione degli stessi nei singoli dipartimenti;

e) il rispetto e la garanzia dei diritti del cittadino ospedalizzato.

Art. 18.

(Il dipartimento ospedaliero)

1. La legge regionale, nel disciplinare l'organizzazione interna dei presidi ospedalieri, raggruppa le attività per aree dipartimentali al fine di assicurare: la necessaria integrazione delle funzioni specialistiche a favore degli utenti; l'utilizzo in comune di destinazione dei posti letto e del personale di assistenza sanitaria diretta; il lavoro di *équipe* anche interdisciplinare. I dipartimenti si distinguono in:

a) dipartimenti per funzione, che aggregano le attività ospedaliere secondo l'intensità della cura, o per aree omogenee di attività generale, o specialistica, per organo o apparato. Il dipartimento per funzione rappresenta la struttura organizzativa di riferimento ai fini della programmazione delle attività, della assegnazione e della direzione del personale, della individuazione dei centri di spesa, dei finanziamenti in conto capitale, dei programmi di ricerca e di aggiornamento, di verifica della qualità delle cure. Si collega, se necessario, con le attività territoriali;

b) dipartimenti per progetto, che aggregano anche temporaneamente strutture e servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri e, ove necessario, socio-assistenziali su tecniche di salute di particolare rilevanza sociale, per gruppi di popolazione, per approcci globali a problemi che investono gli aspetti generali della prevenzione e riabilitazione. Il dipartimento per progetto ha esclusivamente finalità di studio e coordinamento tecnico-scientifico, compiti di proposta in materia di programmi e protocolli, formazione e aggiornamento del personale, educazione sanitaria, verifica della qualità delle cure.

2. Nella definizione della organizzazione dipartimentale la legge regionale tiene conto dei seguenti criteri generali:

a) nei presidi dotati di attività specialistiche di ambito zonale l'organizzazione dipartimentale è per intensità di cura. Sono istituiti i seguenti tre dipartimenti per funzione:

1) accettazione, emergenza-urgenza, terapie intensive;

2) cure normali anche a ciclo parziale e ambulatoriali;

3) attività diagnostiche;

b) nei presidi ospedalieri dotati di attività specialistiche riconosciute dal piano sanitario regionale, multizonali, l'organizzazione dipartimentale deve comprendere obbligatoriamente i seguenti dipartimenti per funzione:

1) accettazione, emergenza-urgenza, terapie intensive;

2) attività diagnostiche;

3. Le aree di degenza anche a ciclo parziale e quelle ambulatoriali relative alle fasi di preospedalizzazione e di dimissione protetta possono dar luogo, in relazione alla complessività delle funzioni specialistiche presenti, a dipartimenti per aree omogenee di medicina e di chirurgia con relative attività generali e speciali o a dipartimenti per organo o apparato.

4. Il piano sanitario regionale determina la procedura per la definizione del modello organizzativo prescelto, nonché le temati-

che per la costituzione dei dipartimenti per progetto e la loro relativa allocazione tra le unità sanitarie locali.

5. I servizi generali ed amministrativi della azienda sanitaria locale assicurano il necessario supporto ai dipartimenti.

Art. 19.

(Organi del dipartimento)

1. Sono organi del dipartimento:

a) il direttore per i dipartimenti funzionali o il coordinatore per i dipartimenti per progetto;

b) il comitato esecutivo, costituito dai responsabili delle *èquipes* specialistiche e da almeno un rappresentante degli altri profili professionali presenti nel dipartimento, eletti dall'assemblea; il comitato definisce l'articolazione delle aree di degenza fra le attività specialistiche presenti nel dipartimento in relazione alle effettive e documentate esigenze di assistenza. Il comitato esecutivo assiste il direttore o il coordinatore del dipartimento negli incarichi affidati alla sua responsabilità anche su delega dello stesso. In ogni caso svolge, in tale ambito, compiti consultivi e propositivi;

c) l'assemblea, costituita da tutti gli operatori del dipartimento. Essa ha i seguenti compiti:

1) l'approvazione dei regolamenti di funzionamento del dipartimento e dei suoi organi;

2) l'individuazione e nomina dei rappresentanti elettivi del comitato esecutivo;

3) la nomina del coordinatore dei dipartimenti per progetto.

2. Il direttore del dipartimento per funzione è nominato dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale ed è il responsabile complessivo della struttura. A tal fine assicura nel quadro degli indirizzi generali forniti dall'amministrazione:

a) la predisposizione del piano annuale di lavoro e dei periodici aggiornamenti;

b) le attività amministrative interne, attraverso il personale di supporto assicura-

to dal servizio amministrativo dell'azienda sanitaria locale;

c) l'organizzazione logistica e il funzionamento delle apparecchiature;

d) le condizioni igieniche;

e) le condizioni di sicurezza del personale e dei pazienti;

f) la predisposizione dei regolamenti interni relativi alle procedure, ai rapporti con le altre strutture del presidio, alle responsabilità e relazioni interne, alle procedure assistenziali;

g) l'accurata compilazione della documentazione;

h) la predisposizione dei programmi di aggiornamento e di verifica e revisione della qualità.

3. Il coordinatore del dipartimento per progetto assicura:

a) la predisposizione del piano annuale di lavoro e dei periodici aggiornamenti;

b) la predisposizione dei programmi di aggiornamento e di verifica e revisione della qualità con specifico riferimento alle tematiche del progetto;

c) l'elaborazione di protocolli e di programmi di educazione sanitaria;

d) l'attuazione delle iniziative di verifica e revisione di qualità.

4. Il responsabile della *èquipe* specialistica svolge, nell'ambito dei regolamenti e dei programmi dipartimentali, attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica e di ricerca; verifica altresì le prestazioni di diagnosi e cura e impartisce le necessarie istruzioni e direttive nel rispetto della autonomia professionale dei singoli componenti.

5. L'articolazione delle aree di degenza fra le attività specialistiche presenti nel dipartimento è definita dal comitato esecutivo in relazione alle effettive esigenze di assistenza.

6. La gestione dell'assistenza diretta ai pazienti è assicurata dal personale infermieristico e affidata alla responsabilità dell'infermiere coordinatore sulla base di protocolli definiti dal servizio infermieristico dell'azienda sanitaria locale.

7. I direttori e coordinatori dei dipartimenti e almeno un rappresentante di ciascun profilo professionale presente nel servizio ospedaliero costituiscono una commissione tecnica con funzione di consulenza alla direzione generale dell'azienda sanitaria locale in materia di organizzazione e assistenza ospedaliera.

Art. 20.

(Direzione del presidio ospedaliero)

1. Il presidio ospedaliero per il suo complessivo funzionamento si avvale di una direzione sanitaria, coordinata da un direttore sanitario, che risponde della gestione complessiva del presidio stesso, del *budget* assegnatogli per il perseguimento degli obiettivi e degli indirizzi fissati dalla programmazione regionale e dal piano attuativo.

2. Fanno parte della direzione sanitaria, oltre al direttore sanitario, i direttori di dipartimento, i coordinatori dipartimentali, il coordinatore del servizio infermieristico.

3. La legge regionale disciplina i criteri per la nomina della direzione sanitaria e le forme di partecipazione alla programmazione e gestione dei presidi ospedalieri del proprio territorio.

4. La direzione sanitaria è sentita dalla direzione generale dell'azienda sanitaria locale circa la determinazione del *budget* finanziario annuale del presidio ospedaliero di cui all'articolo 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dalla presente legge.

5. Il conto dell'esercizio annuale della gestione è predisposto dal servizio finanziario dell'azienda sanitaria locale e proposto alla direzione generale dalla direzione sanitaria del presidio ospedaliero.

6. La legge regionale disciplina la costituzione in ogni presidio ospedaliero di appositi consigli di ospedale, formati dai rappresentanti dei vari dipartimenti, eletti dalle assemblee dipartimentali con esclusione dei direttori e dei coordinatori; i consigli di ospedale debbono essere sentiti in tutti i casi in cui occorra decidere su

questioni di particolare rilevanza che interessino la vita interna degli ospedali nei suoi aspetti tecnico-funzionali. La legge regionale disciplina altresì la costituzione in ogni presidio di commissioni in rappresentanza dei movimenti dei diritti del malato.

Art. 21.

(Presidi e servizi multizonali)

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

«Art. 18. - *(Presidi e servizi multizonali)*. -

1. La programmazione regionale, con il concorso delle province e dei comuni metropolitan, individua, con il piano sanitario regionale, i presidi ed i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte ad ambiti la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale.

2. La legge regionale stabilisce le norme di organizzazione».

Art. 22.

(Prontuario farmaceutico)

1. L'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 30 - *(Prontuario farmaceutico)*. -

1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previa proposta della Commissione consultiva unica del farmaco istituita con il decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 1987, n. 531, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico nazionale.

2. Il prontuario terapeutico nazionale deve uniformarsi ai principi dell'efficacia terapeutica e della economicità del prodotto, della semplicità e chiarezza nella classificazione dell'esclusione dei prodotti da banco.

3. La determinazione delle specialità medicinali da includere nel prontuario terapeutico nazionale definito ai sensi della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988), avviene tenuto conto del piano di settore di cui al decreto del Ministro della sanità 13 aprile 1984, pubblicato nel Supplemento straordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 106 del 16 aprile 1984, e in esso devono comunque essere rappresentate le categorie di sostanze farmacologicamente attive nella prevenzione e cura di stati patologici e a tal fine la Commissione consultiva unica del farmaco procede alla revisione delle indicazioni terapeutiche di tutte le specialità medicinali registrate.

4. A parità di efficacia terapeutica il prontuario terapeutico nazionale comprende i farmaci a minor costo con esclusione di quelli a maggior costo, qualora questi non risultino protetti da garanzia brevettuale.

5. Le esclusioni di specialità medicinali dal prontuario terapeutico nazionale hanno efficacia decorso un anno dalla emanazione del nuovo prontuario terapeutico nazionale. Lo stesso termine si applica alle eventuali successive esclusioni.

6. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, entro un anno dalla revisione del prontuario terapeutico nazionale dispone la revoca della registrazione e autorizzazione alla vendita come «specialità medicinale» dei farmaci esclusi dal prontuario terapeutico nazionale limitatamente a quelli inefficaci per la forma, per il principio attivo o rispetto all'indicazione terapeutica.

7. La Commissione consultiva unica del farmaco provvede altresì alla individuazione della confezione ottimale delle specialità medicinali comprese nel prontuario terapeutico nazionale, in funzione del ciclo di terapia.

8. Il Ministro della sanità riferisce ogni sei mesi alle competenti Commissioni parlamentari sull'attività della Commissione consultiva unica del farmaco con particolare riferimento a quanto previsto dai commi 2, 3, 4».

2. Con la data di entrata in vigore della presente legge che dà attuazione alle norme

di cui all'articolo 30 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal presente articolo, è soppressa ogni forma di partecipazione alla spesa farmaceutica da parte dei cittadini.

CAPO IV

DISCIPLINA DEL PERSONALE

Art. 23.

(Disciplina generale del personale)

1. L'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 47. - *(Personale dipendente)*. - 1. Le aziende sanitarie locali assolvono i propri compiti di gestione delle funzioni che in base alla presente legge competono ai comuni, ai comuni metropolitani ed alle comunità montane mediante l'impiego di personale dipendente e di personale medico convenzionato a tempo indeterminato per la medicina generale e pediatrica di libera scelta, funzionalmente integrato nell'organizzazione aziendale.

2. Spetta alla direzione dell'azienda - in conformità della legge, degli accordi e dei regolamenti deliberati dai competenti organi dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane - la gestione amministrativa di tutto il personale, sia dipendente che convenzionato od a prestazione d'opera libero-professionale».

Art. 24.

(Disciplina in base alla legge)

1. Dopo l'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 47-bis. - *(Disciplina dello stato giuridico del personale)*. - 1. Sono regolati con legge dello Stato gli aspetti di carattere generale dello stato giuridico del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale,

con esclusione del personale incaricato delle funzioni dirigenziali di cui alla lettera c) del comma 2.

2. In conformità ai principi e agli indirizzi della legge statale sono disciplinati con legge regionale ovvero, sulla base di questa e per le rispettive competenze, con atto normativo regolamentare dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane secondo l'ordinamento dei singoli enti:

a) l'istituzione, l'aggiornamento e la pubblicazione, con periodicità annuale, di un albo regionale dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale ordinato per ciascun profilo professionale e per ciascuna posizione funzionale;

b) gli organi, gli uffici, i modi di conferimento della titolarità dei medesimi, le regole di organizzazione e di funzionamento della struttura dell'azienda sanitaria locale;

c) le altre posizioni di lavoro, diverse da quelle di direzione generale, corrispondenti alle funzioni dirigenziali di cui al comma 1;

d) le dotazioni funzionali di personale dipendente, nel complesso e per ciascun profilo professionale, determinate sulla base dei parametri di riferimento indicati dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale;

e) le condizioni, le modalità ed i limiti per l'esercizio della libera attività professionale da parte dei medici e veterinari dipendenti delle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e di policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42.

3. Le aziende sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo unico e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture e servizi, la prestazione del servizio a tempo unico.

4. Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le aziende sanitarie locali per prestazioni professionali presso l'organizzazione sanitaria militare da parte del personale del Servizio sanitario nazionale nei limiti di orario previsto per detto personale».

Art. 25.

(Disposizioni per il parziale riordinamento delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie)

1. Dopo l'articolo 47-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 47-ter. - *(Riordinamento delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie).*

- 1. A decorrere dall'anno formativo 1990, la formazione alle professioni sanitarie per le quali non è richiesto il diploma di laurea si attua nelle scuole dirette a fini speciali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

2. Sono istituiti corsi di durata biennale per il conseguimento dei seguenti diplomi:

- a) infermiere professionale;
- b) ostetrica;
- c) dietista;
- d) fisiochinesiterapista;
- e) logopedista;
- f) ortottista;
- g) tecnico di laboratorio;
- h) tecnico di radiologia;
- i) tecnico di angiocardiochirurgia;
- l) tecnico di fisiopatologia respiratoria;
- m) tecnico di fisiopatologia circolatoria;
- n) tecnico di neurofisiopatologia;
- o) igienista dentale;
- p) tecnico di igiene e prevenzione ambientale.

3. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della pubblica istruzione, di concerto con il Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro della sanità, sentiti il

Consiglio superiore della pubblica istruzione, il Consiglio universitario nazionale ed il Consiglio sanitario nazionale, è determinato, con riferimento alle norme comunitarie, l'ordinamento degli studi dei distinti corsi di diploma.

4. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con i Ministri della pubblica istruzione, per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica e della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono determinate le condizioni e modalità per l'abilitazione all'esercizio delle corrispondenti professioni.

5. Per l'accesso ai corsi di cui al comma 2 è richiesto il diploma di maturità rilasciato da scuole secondarie di secondo grado ad indirizzo biologico-sanitario. Fino all'approvazione della legge di riforma della scuola media superiore il Ministro della pubblica istruzione provvede, con proprio decreto, alla istituzione, presso scuole, licei ed istituti statali, di corsi di studio sperimentali relativi all'ultimo biennio nella quantità e con la distribuzione territoriale idonei a garantire l'accesso alle scuole dirette a fini speciali ad un numero di studenti programmato in relazione alle prevedibili esigenze del Servizio sanitario nazionale. Con il medesimo decreto è disciplinato l'accesso alle scuole medesime, per i primi due anni, da parte degli aspiranti in possesso di un titolo di studio di scuola superiore di secondo grado che superino un apposito esame integrativo.

6. Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi con le modalità di cui al comma 3, sono determinati i corsi di specializzazione di durata annuale, da istituirsi nelle scuole dirette a fini speciali in applicazione delle norme comunitarie in materia. Il medesimo decreto stabilisce, per ciascun corso di specializzazione, i requisiti di ammissione ed il piano degli studi.

7. Le università e gli istituti universitari presso cui hanno sede scuole dirette a fini speciali dei corrispondenti indirizzi istituiscono corsi di laurea in scienze infermieristiche ed in scienze della riabilitazione, con

accesso riservato a coloro che sono in possesso dei corrispondenti diplomi di scuola diretta a fini speciali, di durata biennale.

8. Il diploma di laurea in scienze infermieristiche abilita alla direzione dei servizi infermieristici ed all'insegnamento nelle scuole dirette a fini speciali. Il diploma di laurea in scienze della riabilitazione abilita alla direzione dei servizi di riabilitazione ed all'insegnamento nelle scuole dirette a fini speciali.

9. Al fine di assicurare l'attività didattica relativa ai corsi di diploma, di specializzazione e di laurea di cui ai precedenti commi, le università e gli istituti universitari stipulano apposite convenzioni con le regioni e le unità sanitarie locali per l'integrazione dell'insegnamento, l'utilizzazione delle strutture e dei servizi e lo svolgimento dell'insegnamento tecnico-professionale».

2. I decreti di cui ai commi 3, 4 e 6 dell'articolo 47-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come introdotto dalla presente legge, sono rispettivamente emanati entro sei mesi, un anno e diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 26.

(Disciplina in base ad accordi)

1. L'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 48. - *(Personale a rapporto convenzionale)* - 1. Il trattamento normativo ed economico del personale del Servizio sanitario nazionale, nonchè ogni altro aspetto del rapporto non disciplinato da norme di legge ai sensi dei precedenti articoli sono stabiliti dagli accordi nazionali.

2. Gli accordi sia di lavoro che convenzionali sono unici e contestuali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale e per il personale medico convenzionato per la medicina generale e

pediatrica di libera scelta. Essi si articolano per comparti, distintamente per il personale dipendente e per il personale medico convenzionato e, in relazione a specifici istituti economici e normativi, per aree negoziali professionali.

3. Gli accordi sono stipulati con periodicità e validità pluriennale tra una delegazione rappresentativa delle regioni, dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane e una delegazione sindacale rappresentativa delle organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative su base nazionale, con l'assistenza di una delegazione del Governo composta dal Presidente del Consiglio dei ministri o dal Ministro per la funzione pubblica da lui delegato, dal Ministro del bilancio e della programmazione economica, dal Ministro della sanità, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale e dal Ministro del tesoro o loro delegati.

4. La delegazione trattante per la parte pubblica è composta da cinque rappresentanti - uno dei quali con funzioni di presidente - designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti, di cui due in rappresentanza dei comuni metropolitani, designati dall'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI); da due rappresentanti designati dall'Unione nazionale dei comuni, comunità ed enti montani (UNCCEM); da tre dirigenti delle aziende, di cui due designati dall'ANCI e uno dall'UNCCEM.

5. Le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sono individuate sulla base dei criteri obiettivi stabiliti negli accordi intercompartimentali di cui all'articolo 12 della legge 29 marzo 1983, n. 93».

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati:

a) il numero 5) dell'articolo 1 e l'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68;

b) l'articolo 9 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituito dall'articolo 1 della legge 8 agosto 1985, n. 426.

Art. 27.

(Comparto del personale medico convenzionato)

1. Dopo l'articolo 48-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 48-quater. - *(Comparto del personale medico convenzionato)* - 1. Per il comparto del personale medico convenzionato gli accordi nazionali devono prevedere:

a) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni azienda sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

b) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici e per i pediatri;

c) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalla regione, previa domanda motivata all'unità sanitaria locale;

d) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati nonchè le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

e) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone

particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

f) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

g) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

h) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

i) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

2. È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà delle aziende sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi delle rispettive strutture.

3. È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale di coloro che li hanno adottati.

4. Le federazioni degli ordini nazionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali relativi ai medici convenzionati, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

5. Gli ordini professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

6. In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma 5 la regione

interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

7. Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* n. 289 del 28 ottobre 1976.

8. Le disposizioni del presente articolo e di quelli precedenti, relative al personale medico convenzionato, si applicano anche, in quanto compatibili, per la formazione delle convenzioni con le farmacie di cui all'articolo 28».

Art. 28.

(Disciplina delle incompatibilità)

1. L'accesso e il permanere dei rapporti di impiego, nonché quelli convenzionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, non sono consentiti al personale che abbia, anteriormente o in costanza di rapporto, un interesse patrimoniale in proprio o per interposta persona o per conto di terzi in conflitto con i servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

2. L'accertamento del conflitto di interessi, ferme restando eventuali ipotesi di reato, comporta la decadenza del titolare dal rapporto di impiego e la risoluzione del rapporto convenzionale con decorrenza dal momento in cui il conflitto di interessi è sorto.

3. In ogni caso il rapporto di impiego o convenzionale non è consentito:

a) al personale con rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato;

b) al personale con altro rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale in essere;

c) al personale con attività di collaborazione retribuita con industrie farmaceutiche, ivi comprese le attività di farmaco-vigilanza e di sperimentazione clinica che non siano approvate dal Ministero della sanità.

4. Si ha presunzione assoluta di conflitto di interessi:

a) per il personale che abbia qualsiasi forma di interesse patrimoniale diretto o per interposta persona nella proprietà o nella gestione di imprese esercenti industrie farmaceutiche con specialità medicinali a carico in tutto o in parte al Servizio sanitario nazionale;

b) per il personale che abbia il coniuge non separato legalmente o se separato convivente ed i parenti ed affini sino al terzo grado con interessi patrimoniali diretti o per interposta persona nella proprietà o nella gestione di imprese esercenti industrie farmaceutiche con specialità medicinali a carico in tutto o in parte al Servizio sanitario nazionale;

c) per il personale che abbia qualsiasi forma di interesse patrimoniale diretto o per interposta persona nella proprietà o nella gestione in strutture sanitarie private convenzionate per attività, disgiuntamente o congiuntamente, di diagnosi, di analisi cliniche e di laboratorio, di ricovero e cura e di riabilitazione ovunque ubicate;

d) per il personale che abbia il coniuge non separato legalmente o se separato convivente ed i parenti ed affini sino al terzo grado con interessi patrimoniali diretti o per interposta persona nella proprietà o nella gestione di strutture sanitarie convenzionate per attività, congiuntamente o disgiuntamente, di diagnosi, di analisi cliniche e di laboratorio, di ricovero e cura e di riabilitazione ovunque ubicate.

5. Non rientra nel conflitto di interessi il possesso, sia congiuntamente che disgiun-

tamente, da parte del personale, del coniuge non separato legalmente o se separato non convivente, dei parenti ed affini fino al terzo grado, in proprio o per interposta persona, di azioni nominative in società per azioni, con azioni quotate in borsa, qualora la detta partecipazione non superi complessivamente lo 0,2 per cento del capitale sociale.

6. La legge regionale fissa le procedure per l'accertamento della sussistenza del conflitto di interessi e l'adozione dei relativi provvedimenti di decadenza dal rapporto di impiego e di risoluzione del rapporto convenzionale.

CAPO V

I CONTROLLI DI FUNZIONALITÀ ED EFFICIENZA

Art. 29.

(Controlli di funzionalità ed efficienza del Ministero della sanità)

1. Dopo l'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 49-bis. - *(Controlli del Ministero della sanità)*. - 1. È costituito nell'ambito del Ministero della sanità un servizio centrale di assistenza alla gestione delle aziende sanitarie locali con il compito:

a) di definire e di aggiornare un metodo generale di valutazione dei livelli di funzionalità del Servizio sanitario nazionale sia a livello regionale sia a livello territoriale;

b) di valutare la funzionalità del sistema delle aziende sanitarie locali sulla base delle relazioni dei servizi ispettivi regionali nonché di verificare la validità delle procedure di controllo da questi poste in essere anche in relazione alla lettera a). A tale scopo interviene presso i servizi ispettivi regionali con aiuti tecnico-metodologici;

c) di definire, in accordo con i servizi ispettivi regionali, le procedure impiegate

dalle aziende sanitarie locali per i controlli di funzionalità da queste attuate nel proprio ambito;

d) di proporre al Ministro della sanità le procedure di verifica della funzionalità gestionale che le aziende sanitarie locali dovranno obbligatoriamente attivare;

e) di proporre al Ministro della sanità il finanziamento alle regioni ed alle aziende sanitarie locali di progetti aventi come obiettivo il miglioramento delle procedure di controllo impiegate assicurando la necessaria formazione professionale.

2. Nello svolgimento delle proprie funzioni il servizio di cui al comma 1 ha il potere di accesso a fini conoscitivi a tutte le informazioni gestionali inerenti al Servizio sanitario nazionale, a livello centrale e periferiche.

3. Il Ministro della sanità, su proposta del servizio centrale di assistenza alla gestione, sentito il Consiglio sanitario nazionale, delibera con proprio decreto il finanziamento dei progetti di cui alla lettera e) del comma 1».

Art. 30.

(Controlli di funzionalità ed efficienza delle regioni)

1. Dopo l'articolo 49-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 49-ter. - *(Controlli delle regioni)*. -
1. Ogni regione istituisce un ufficio di valutazione dell'efficienza di gestione delle aziende sanitarie locali.

2. La legge regionale disciplina tra l'altro:

a) la facoltà di proposta alla giunta regionale delle procedure di verifica della funzionalità che le aziende sanitarie locali dovranno obbligatoriamente attivare;

b) la collaborazione con il servizio centrale ai sensi dell'articolo 49-bis;

c) l'individuazione delle caratteristiche professionali del dirigente responsabile del servizio, scelto anche tra esterni all'amministrazione regionale;

d) il potere di sostituzione per gli atti gestionali attinenti alla verifica di funzionalità eventualmente non posti in essere nelle unità sanitarie locali;

e) la previsione dello svolgimento di indagini conoscitive nelle aziende sanitarie locali, individuando i soggetti a cui i risultati devono essere riferiti;

f) la disciplina per la predisposizione di una relazione annuale al Presidente della giunta regionale sui risultati dell'attività di verifica e sulle condizioni generali della funzionalità delle aziende sanitarie locali della regione.

3. Nello svolgimento delle proprie funzioni l'ufficio ha il potere di accesso a tutte le informazioni inerenti al Servizio sanitario nazionale a livello periferico».

2. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni provvedono a definire con legge regionale l'attività dell'ufficio di valutazione dell'efficienza di gestione delle aziende sanitarie locali.

Art. 31.

(Delega al Governo per la disciplina contabile)

1. Il primo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 9 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dai seguenti:

«Il Governo della Repubblica, sentita un'apposita commissione tecnica, è delegato ad emanare con decreto avente valore di legge ordinaria le norme fondamentali sull'amministrazione, gestione e contabilità delle aziende sanitarie locali, coordinando le disposizioni contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335, con i principi:

a) della predisposizione di un bilancio di previsione triennale di competenza in armonia con il periodo di validità della legge contenente le norme per il finanzia-

mento pluriennale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il bilancio di previsione triennale di competenza, che indica gli stanziamenti separatamente per ciascun anno considerato, è autorizzatorio per l'assunzione degli accertamenti e degli impegni. È aggiornato in occasione della presentazione del bilancio annuale in relazione alle variazioni discendenti dal tasso di inflazione programmato;

b) della classificazione delle voci del bilancio di previsione triennale organizzata: per entrata, distinguendo tra entrate derivate ed entrate dirette e tra entrate finalizzate alla spesa corrente ed entrate finalizzate alla spesa in conto capitale; per spesa in programmi e progetti ai sensi del primo comma dell'articolo 9 della legge 19 maggio 1976, n. 335;

c) della predisposizione di un bilancio di previsione annuale di cassa nell'ambito del bilancio di previsione triennale di competenza. Il bilancio di previsione annuale di cassa è autorizzato ai fini dell'introito degli accertamenti e dell'ordinazione del pagamento degli impegni;

d) della classificazione delle voci del bilancio di previsione annuale di cassa organizzata: per l'entrata secondo il principio di cui alla lettera b); per la spesa secondo il principio della classificazione economica;

e) della predisposizione di un conto consuntivo annuale di competenza e di cassa, intendendosi riferiti all'anno, per la competenza, tutti gli accertamenti e gli impegni assunti con riferimento all'anno stesso;

f) della classificazione delle voci del conto consuntivo annuale organizzata: per l'entrata secondo il principio di cui alla lettera b); per la spesa secondo il principio della classificazione funzionale per servizi ed attività;

g) della organizzazione della parte spesa dei bilanci di previsione triennale ed annuale e del conto consuntivo annuale in tre sezioni, rispettivamente, spese correnti di mantenimento, spese in conto capitale, spese per lo sviluppo;

h) della tenuta di una specifica contabilità dei costi, con riferimento ai costi diretti di personale e di beni e servizi utilizzati per le attività che concorrono alla spesa corrente di mantenimento, avente come scopo la determinazione dei costi diretti unitari e complessivi delle predette attività, individuando nel conto l'insieme delle scritture contabili relative ad un oggetto semplice di natura variabile e misurabile;

i) della predisposizione del piano dei conti per gli scopi della contabilità dei costi e del piano di rilevazione dei centri di spesa;

l) della gestione del *budget* dei programmi e dei progetti individuati nell'ambito della sezione spese di sviluppo;

m) della tenuta degli inventari dei beni mobili ed immobili e dei registri di consistenza dei beni d'uso nonchè dell'individuazione delle funzioni di consegnatario dei beni sottoposti a registrazione;

n) della tenuta dei partitari creditori e debitori;

o) della iscrizione delle risultanze annuali complessive delle previsioni di entrata e di spesa del bilancio di previsione triennale di competenza e del conto consuntivo annuale nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo annuale dei comuni, dei comuni metropolitani e delle comunità montane titolari delle funzioni;

p) dell'invio trimestrale delle risultanze finanziarie ed economiche della gestione, secondo un modello di rilevazione nazionale, alla regione competente ed ai Ministeri della sanità e del tesoro, che diano conto, rispetto alla previsione di competenza e di cassa dell'anno relativo, dell'ammontare degli accertamenti e degli introiti, degli impegni e dei pagamenti, ai fini della valutazione della rispondenza della previsione all'evolversi della gestione;

q) della determinazione di un tempo di dilazione, entro un massimo di novanta giorni dalla consegna, nel pagamento delle forniture di beni e servizi, trascorso il quale dovranno essere riconosciuti interessi per ritardati pagamenti, secondo il tasso di interesse applicato per le opere pubbliche;

r) della costituzione dell'ufficio di revisione interna dell'azienda sanitaria locale diretto da un funzionario della carriera dirigenziale dei ruoli dei comuni, comuni metropolitani, comunità montane dell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale, nominato dalla regione competente, su proposta degli organi di governo degli enti territoriali predetti;

s) della certificazione del conto consuntivo annuale da parte di una apposita commissione composta di tre membri nominati: uno, con funzioni di presidente, dal Ministro del tesoro, uno dal Ministro della sanità, uno dalla regione competente. I componenti della commissione devono appartenere con funzioni economiche finanziarie ai ruoli dirigenziali dei rispettivi enti;

t) del divieto alle aziende sanitarie locali del ricorso a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo risultante dalla somma delle previsioni di cassa delle sezioni spesa corrente di mantenimento e spesa di sviluppo;

2) nonchè la contrazione di mutui per il finanziamento di programmi e progetti previsti nella sezione spese di sviluppo fino ad un ammontare complessivo delle relative rate di mutuo per capitale ed interessi non superiore al venti per cento dello stanziamento iscritto nel bilancio di previsione annuale di cassa nella medesima sezione.

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con proprio decreto nomina la commissione tecnica di cui al primo comma. Della commissione tecnica fanno parte:

a) un dirigente generale del Ministero del tesoro con funzioni di presidente;

b) il dirigente generale del servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità;

c) un dirigente superiore della Ragioneria generale dello Stato del Ministero del tesoro;

d) due docenti universitari di ragioneria generale ed applicata o di ragioneria pubblica o di economia della pubblica amministrazione o di contabilità pubblica o di economia sanitaria;

e) tre esperti nella gestione economico-finanziaria od economico-sanitaria del Servizio sanitario nazionale, designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome;

f) un direttore amministrativo capo servizio ragioneria e bilancio e due coordinatori sanitari appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale designati dall'Associazione nazionale dei comuni italiani.

La commissione tecnica entro novanta giorni dalla nomina propone al Ministro della sanità uno schema di decreto secondo gli indirizzi di cui al presente articolo nonchè una relazione sulla sua possibilità applicativa anche graduale e sulle necessarie modifiche organizzative nella gestione delle unità sanitarie locali.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, di concerto con il Ministro del tesoro, propone al Governo, entro trenta giorni dal ricevimento della proposta della commissione tecnica, i decreti di cui al primo comma».

2. I decreti di cui al primo e al secondo comma dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal presente articolo, sono emanati rispettivamente entro sei mesi ed entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

CAPO VI

FONDO SANITARIO NAZIONALE E FORME DI FINANZIAMENTO

Art. 32.

*(Fondo sanitario nazionale e
sua ripartizione)*

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

«Art. 51. - (*Finanziamento del Servizio sanitario nazionale*). - 1. L'ammontare complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è riferito alla durata e agli obiettivi del Piano sanitario nazionale ed è determinato con la legge pluriennale di finanziamento del Servizio sanitario nazionale ai sensi del quarto comma dell'articolo 53, come sostituito dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Detta legge indica, per il triennio di riferimento, sia l'ammontare del Fondo sanitario nazionale a carico del bilancio dello Stato sia la complessiva previsione del gettito dell'imposta regionale sui consumi interni nonché delle entrate dirette di cui al comma 5 dell'articolo 15 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

2. Annualmente la legge finanziaria di cui all'articolo 11 della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362, indica, in relazione al tasso di inflazione, le variazioni apportate alle determinazioni sopra espresse in termini di competenza nonché l'ammontare del Fondo sanitario nazionale espresso in termini di cassa.

3. L'ammontare annuale del Fondo sanitario nazionale per competenza e cassa come risulta dal combinato disposto dei commi 1 e 2 è iscritto, con la legge di approvazione del bilancio dello Stato, nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per la quota destinata alla spesa corrente e del Ministero del bilancio e della programmazione economica per la quota destinata alla spesa in conto capitale.

4. L'ammontare complessivo del finanziamento triennale per ciascuna regione, comprese quelle a statuto autonomo, è determinato dalla somma delle quote del Fondo sanitario nazionale trasferite alle stesse dal bilancio dello Stato, dal gettito locale dell'imposta regionale sui consumi interni, dalle entrate dirette.

5. L'imposta regionale sui consumi interni si attiva a partire dal secondo anno di decorrenza del primo Piano sanitario nazionale».

2. Il comma 2 dell'articolo 19 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, è abrogato.

3. Al quarto comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, è aggiunto infine il seguente periodo: «La previsione del gettito dell'imposta regionale sui consumi interni nonché delle entrate dirette viene proposta dal Governo di intesa con le regioni nell'ambito della Conferenza Stato-regioni».

Art. 33.

(*Ripartizione tra le regioni*)

1. Dopo l'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 51-bis. - (*Ripartizione tra le regioni*). - 1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale ed in quelli regionali, propone al Comitato interministeriale per la programmazione economica il Piano di ripartizione triennale:

a) per la spesa corrente secondo parametri aventi per fine il riequilibrio della domanda sanitaria;

b) per la spesa in conto capitale, in relazione ai piani di trasformazione per il riequilibrio e l'innovazione del sistema, tenuta presente la necessità di mantenimento delle strutture mobiliari ed immobiliari in essere.

2. Nella ripartizione si tiene conto delle risorse che le regioni, comprese quelle a statuto autonomo, acquisiscono direttamente.

3. La ripartizione tra le regioni è deliberata dal Comitato interministeriale per la programmazione economica entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione della legge pluriennale di finanziamento.

4. Trascorso il termine di cui al comma 3, il Ministro della sanità, con proprio decreto, ripartisce tra le regioni la quota di parte corrente sempre secondo gli indirizzi del comma 1.

5. I trasferimenti alle regioni vengono effettuati, all'inizio di ciascun trimestre con riferimento agli stanziamenti annuali di competenza e di cassa determinati ai sensi dell'articolo 51, con decreti del Ministro della sanità e del Ministro del bilancio e della programmazione economica rispettivamente per la quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla spesa corrente ed alla spesa in conto capitale.

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale assegnate alle regioni sono da queste iscritte, tenuto conto degli obiettivi fissati dal programma regionale di sviluppo nei rispetti bilanci tra gli stanziamenti del fondo comune di cui agli articoli 8 e 9 della legge 16 maggio 1970, n. 281, rispettivamente per la quota destinata alla spesa corrente ed a quella in conto capitale. Il gettito dell'imposta regionale sui consumi interni è iscritto nel titolo I della parte entrata del medesimo bilancio. Le entrate dirette sono iscritte nei bilanci delle aziende sanitarie locali che provvedono al loro effettivo accertamento. Per le regioni a statuto autonomo valgono le rispettive normative.

7. È vietato alle regioni, ai comuni ed alle aziende sanitarie locali iscrivere nei rispettivi bilanci entrate fittizie in corrispondenza dei *tickets* acquisiti direttamente ai sensi di legge da terzi soggetti in relazione a prestazioni rese in regime di convenzionamento».

Art. 34.

(Ripartizione tra i comuni)

1. Dopo l'articolo 51-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 51-ter. - *(Ripartizione tra i comuni)*.
- 1. Le regioni determinano i principi di riparto triennale delle risorse con la legge di approvazione dei rispettivi piani sanitari regionali. Nel loro ambito è definito un fondo per lo sviluppo, compatibile con la

disponibilità generale e con l'attuazione di progetti e programmi per la cui costituzione può essere utilizzato fino al 5 per cento del finanziamento destinato alla spesa corrente e fino al 50 per cento del finanziamento destinato alla spesa in conto capitale. Il fondo per lo sviluppo non può essere attivato dalle regioni prive di piano sanitario regionale.

2. Nella ripartizione si tiene conto delle entrate acquisite direttamente dalle aziende sanitarie locali.

3. I trasferimenti ai comuni, comuni metropolitani, comunità montane per le aziende sanitarie locali vengono effettuati trimestralmente con riferimento agli stanziamenti annuali di competenza e di cassa della parte spesa dei bilanci di previsione delle regioni. La legge regionale determina le opportune scritture contabili per la distinta rilevazione dei bilanci dei comuni, comuni metropolitani, comunità montane, delle quote del Fondo sanitario nazionale trasferite con riferimento all'azienda sanitaria locale competente».

Art. 35.

(Gestione della tesoreria)

1. Al terzo comma dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, le parole: «Ministro del tesoro» sono sostituite con le parole: «Ministro della sanità».

2. Il quarto comma dell'articolo 35 della legge 30 marzo 1981, n. 119, è sostituito dal seguente:

«Le regioni trasmettono alla Direzione generale del tesoro ed alle sezioni di tesoreria provinciale dello Stato territorialmente competenti una copia del provvedimento regionale di cui al comma 5 dell'articolo 51-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Art. 36.

(Normativa fiscale contributiva)

1. Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare entro tre mesi dalla data di

entrata in vigore della presente legge uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria allo scopo di modificare ed integrare la normativa fiscale e contributiva con quanto stabilito negli articoli successivi. Le norme innovative e di coordinamento devono entrare in vigore a partire dall'anno di imposta 1989.

2. Le aliquote per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale poste a carico dei datori di lavoro di tutti i settori, pubblici e privati, comprensive dell'aliquota aggiuntiva prevista dall'articolo 4 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 agosto 1974, n. 386, sono ridotte al 4,8 per cento per l'anno 1989 e soppresse per gli anni successivi.

3. Le aliquote per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale poste a carico dei lavoratori di tutti i settori pubblici e privati, comprensive dell'aliquota aggiuntiva prevista dall'articolo 4 del citato decreto-legge n. 264 del 1974, sono soppresse a partire dal 1° gennaio 1989. Dalla stessa data è soppresso il contributo di cui all'articolo 2 della legge 30 ottobre 1953, n. 841, posto a carico dei pensionati delle amministrazioni statali, delle aziende autonome e dell'ente Ferrovie dello Stato sui trattamenti pensionistici dagli stessi percipiti.

4. Il contributo del 7,5 per cento di cui ai commi 8 e seguenti dell'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, è ridotto al 3,75 per cento per l'anno 1989 ed è soppresso per gli anni successivi.

5. Le somme di lire 648.000 e 324.000 annue di cui al comma 10 del medesimo articolo 31 della legge n. 41 del 1986 sono ridotte a lire 321.000 e 162.000 per il 1988 e sono annullate a partire dal 1989. Il contributo del 4 per cento di cui ai commi 14 e 15 del medesimo articolo 31 è ridotto al 2 per cento per l'anno 1989 ed è soppresso a partire dall'anno 1990, il contributo è a carico del datore di lavoro.

6. Le aliquote dell'imposta sul valore aggiunto stabilite nella misura del 9 e del 18 per cento sono elevate, rispettivamente, al 10 e al 19 per cento.

Art. 37.

(Istituzione dell'imposta regionale sui consumi finali)

1. Dopo l'articolo 51-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

«Art. 51-quater. - *(Istituzione dell'imposta regionale sui consumi finali)*. - 1. Per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 è istituita l'imposta regionale sui consumi finali.

2. L'imposta si applica con l'aliquota dell'1,5 per cento per l'anno 1989 e del 3 per cento per gli anni successivi, sul valore aggiunto destinato al consumo interno.

3. A partire dall'anno 1990 le regioni possono, con legge, modificare l'ammontare dell'aliquota, mantenendola tra un minimo del 2,5 per cento e un massimo del 3,5 per cento.

4. L'imposta è dovuta dai contribuenti che effettuano le operazioni imponibili di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, come sostituito dal decreto del Presidente della Repubblica 29 gennaio 1979, n. 24.

5. La base imponibile dell'imposta è determinata aggiungendo, al valore delle vendite imponibili registrate ai fini dell'imposta sul valore aggiunto, il valore delle operazioni esenti diverse da quelle di cui all'articolo 10, primo comma, numero 4), del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e delle operazioni non imponibili indicate nell'articolo 8, lettera c) e 8-bis, del decreto medesimo, come introdotto dal citato decreto del Presidente della Repubblica n. 24 del 1979, detraendo dall'ammontare così determinato il valore degli acquisti imponibili effettuati presso contribuenti assoggettati in Italia all'imposta sul valore aggiunto, il valore degli acquisti esenti diversi da quelli di cui all'articolo 10, primo comma, numero 4) del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e delle operazioni non imponibili indicate nell'articolo 8, lettera c), del decreto medesimo, e il

valore degli acquisti per i quali non è ammessa la detrazione dell'imposta. Qualora la base imponibile risulti negativa, l'imposta non è dovuta.

6. L'ammontare delle operazioni utilizzate per la determinazione della base imponibile di cui al comma 5 è quello risultante dai registri di cui agli articoli 23, 24 e 25 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, come modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 29 gennaio 1979, n. 24.

7. Entro i termini previsti per la liquidazione dell'imposta sul valore aggiunto dagli articoli 27 e 33 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, come da ultimo modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 793, il contribuente è tenuto a calcolare in apposita sezione del registro, di cui all'articolo 23 e all'articolo 24 del suddetto decreto, la base imponibile e la relativa imposta.

8. Il versamento dell'imposta deve essere effettuato mensilmente o trimestralmente secondo le modalità previste per l'imposta sul valore aggiunto dall'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633. Se la differenza tra l'imposta risultante dalla dichiarazione annuale e l'importo dei versamenti eseguiti nel corso dell'anno risulta a favore del contribuente, il relativo importo è computato in detrazione dei versamenti dell'anno successivo.

9. In caso di inosservanza degli obblighi relativi alle registrazioni, liquidazioni, versamenti e dichiarazioni annuali, si applicano le sanzioni previste per gli stessi obblighi dalla normativa dell'imposta sul valore aggiunto.

10. Il Ministro delle finanze con proprio decreto stabilisce le modifiche da apportare alla delega e all'attestazione di pagamento, evidenziando in una sezione apposita il relativo importo. Nella dichiarazione annuale da presentare ai fini dell'imposta sul valore aggiunto devono essere riportati in apposita sezione gli ammontari delle operazioni indicate al comma 5, la base imponibile annuale, l'imposta relativa e l'ammon-

tare dei versamenti effettuati nel corso dell'anno. L'imposta risultante dalla dichiarazione annuale, diminuita dell'importo dei versamenti mensili o trimestrali, va versata secondo le modalità previste dal citato articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633.

11. La banca presso cui sono effettuati i pagamenti è tenuta a versare l'imposta incassata, al netto delle relative commissioni, all'ufficio IVA competente, con le modalità e nei termini previsti per l'imposta sul valore aggiunto, utilizzando un apposito modello approvato con decreto del Ministro delle finanze».

Art. 38.

(Trasferimento dei fondi)

1. Gli uffici IVA sono tenuti a versare l'imposta in una contabilità speciale tenuta presso la tesoreria provinciale dello Stato. Effettuate le operazioni di controllo, i fondi versati presso la tesoreria provinciale dello Stato devono essere trasferiti, a cura dell'agente contabile dell'ufficio IVA entro la fine del mese successivo a quello in cui è avvenuta la riscossione da parte dell'ufficio, alle tesorerie delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano competenti per territorio, con un unico mandato di pagamento. L'anagrafe tributaria comunica mensilmente ai Ministri delle finanze, del tesoro e della sanità l'importo dei versamenti effettuati in contabilità speciale e l'importo degli ordinativi emessi a favore delle tesorerie regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 39.

(Ripristino dei vantaggi della fiscalizzazione)

1. Con uno dei decreti di cui all'articolo 36 il Governo potrà provvedere a ripristinare il vantaggio differenziale derivante dalla vigente fiscalizzazione dei contributi sanita-

ri a favore delle imprese appartenenti ai rami terzo, quarto e quinto delle attività economiche secondo la classificazione dell'ISTAT, nonché di quelle localizzate nei territori di cui all'articolo 1 del testo unico delle leggi sugli interventi nel Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1978, n. 218, riducendo o azzerando il contributo di cui all'articolo 8 della legge 6 dicembre 1971, n. 1044, ed all'articolo 2, lettera a), della legge 29 novembre 1977, n. 891, relativo agli asili nido, e il contributo di cui all'articolo 31, commi quinto e sesto, della legge 4 aprile 1952, n. 218, relativo all'assicurazione contro la tubercolosi, compensando le minori entrate con opportune misure di natura fiscale, anche aumentando le aliquote di cui al comma 2 dell'articolo 36 della presente legge.

Art. 40.

(Schemi dei decreti delegati)

1. Gli schemi di decreto di cui alla presente legge debbono essere sottoposti al parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica. Prima dell'emanazione degli stessi decreti, lo stesso parere dovrà essere acquisito dal Governo sul testo del provvedimento delegato.

CAPO VII

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 41.

(Disposizioni ordinamentali)

1. Sino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali le disposizioni del capo I della presente legge si applicano ai comuni, alle associazioni intercomunali ed alle comunità montane.

2. Sino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali le funzioni

di governo di cui all'articolo 9 della presente legge sono esercitate:

a) per le unità sanitarie locali monocomunali, dal consiglio comunale e dalla giunta, per le funzioni di competenza di ciascun organo;

b) per le unità sanitarie locali la cui area territoriale ricomprende più comuni, dall'assemblea dell'associazione intercomunale e dall'esecutivo, per le funzioni di competenza di ciascun organo. L'esecutivo è composto dal presidente dell'assemblea e da sei membri eletti con voto limitato nel suo seno, di cui due espressione della minoranza;

c) per le unità sanitarie locali ricomprese nell'area territoriale di un solo comune, dal consiglio comunale e dalla giunta comunale, per le funzioni di competenza di ciascun organo.

3. Nei comuni nella cui area territoriale sono ubicate più unità sanitarie locali, il consiglio comunale istituisce per ogni azienda sanitaria locale un comitato di coordinamento, composto da cinque membri nominati tra i membri del consiglio comunale o dei consigli circoscrizionali.

4. Il comitato di coordinamento elegge nel suo seno il presidente. A detto comitato sono attribuite nei limiti e nelle forme stabilite dalla delibera istitutiva funzioni concorrenti con quelle della giunta comunale di vigilanza e controllo sul generale andamento dell'azienda sanitaria locale. Ai membri del comitato compete per ogni presenza il solo gettone di presenza previsto dalla vigente normativa per la partecipazione ai consigli comunali.

5. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge sono istituite le aziende sanitarie locali di cui all'articolo 11. Con l'istituzione delle aziende sanitarie locali sono soppressi i comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

6. Qualora l'ambito territoriale di un'area coincida con quello di una comunità montana, le funzioni del comitato di coordinamento sono svolte dal consiglio direttivo della comunità montana stessa, presieduto dal presidente.

7. Possono essere previsti organi consultivi composti dai membri del comitato di coordinamento e dagli assessori alla sanità dei comuni ricompresi nell'area territoriale.

Art. 42.

(Finanziamento della spesa sanitaria)

1. Fino all'entrata in vigore dell'imposta di cui al capo VI, l'ammontare annuale per competenza del Fondo sanitario nazionale è non inferiore al 5,5 per cento del prodotto interno lordo previsto nella Relazione previsionale e programmatica predisposta per il medesimo anno.

2. La legge finanziaria provvede a determinare la quota del Fondo sanitario nazionale da destinare alla spesa corrente ed a quella in conto capitale.

3. Nel caso di assenza dei piani sanitari regionali, le regioni determinano, sentiti i comuni, i principi di riparto triennale con legge regionale.

Art. 43.

(Superamento dei rapporti convenzionali)

1. Le convenzioni stipulate con professionisti sanitari ai sensi della normativa previgente ed in base agli accordi collettivi nazionali da quella previsti in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, escluse quelle relative alla medicina generale e pediatrica di libera scelta, sono

risolte di diritto dalla data del 31 dicembre 1990. Le stesse sono prorogate fino a tale data, con divieto di modificarne anche parzialmente i contenuti.

2. Con effetto dal 1° gennaio 1991, ai professionisti di cui al comma 1 che risultino titolari, da data non successiva al 31 dicembre 1988 e senza soluzione di continuità fino al 31 dicembre 1990, di convenzioni per un impegno complessivamente non inferiore alle ventiquattro ore settimanali è consentito, a domanda, l'accesso al rapporto di impiego con il Servizio sanitario nazionale.

3. I presupposti, le condizioni e le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 2 sono determinati, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative su base nazionale.

Art. 44.

(Forme associative)

1. Ai fini dell'applicazione della presente legge il riferimento ai comuni ed ai loro organi si intende anche alle forme associative previste dall'ordinamento.